

Tânia Cristina dos Santos Machado

2º Ciclo de Estudos em Sociologia

“Que arranjem um homem”: Representações de médicos e juízes acerca da maternidade
lésbica medicamente assistida

2012

Orientadora: Professora Doutora Alexandra Lopes

Classificação:

Ciclo de estudos:

Dissertação/relatório/Projeto/IPP:

Versão definitiva

Resumo

A Medicina e o Direito são, historicamente, duas agências de regulação social que têm vindo a definir quem são as mães e os pais “adequados”, com base em modelos normativos de género e de sexualidade. Agindo no sentido da “normalização”, parecem, também, abrir opções não normativas de vivência individual. Uma dessas opções é a procriação dissociada do ato sexual, ligada à emergência de novos aparatos tecnológicos que permitem encetar um processo reprodutivo medicamente assistido e legalmente regulado. Mas se “desnormalizam” as formas de procriar, acabam por reproduzir a normalização dos agentes procriadores. Em Portugal, os casais lésbicos estão interditos de aceder aos tratamentos médico-tecnológicos para procriar.

Que representações acerca da maternidade lésbica estão na base da moldura legislativa atual, medicamente informada, foi o que se pretendeu captar com esta investigação, a partir de uma abordagem metodológica qualitativa, de cariz interpretativo e compreensivo. A entrevista não-diretiva foi mobilizada junto de médicos especialistas em Medicina da Reprodução e juízes de Tribunais de Família e Menores no sentido de recolher os seus discursos acerca da temática. Entre os principais resultados, registam-se duas grande posições médicas e jurídicas: a de que a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes, do que resulta uma posição desfavorável face à maternidade lésbica; e a de que maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual, do que resulta a representação da maternidade lésbica como idêntica à maternidade heterossexual.

Palavras-chave: maternidade lésbica; procriação medicamente assistida; representações; médicos; juízes.

Abstract

Medicine and Law are two instances of social regulation that have come to define who are the “appropriate” mothers and fathers based on normative models of gender and sexuality. Although they act towards “normalization” they also seem to open non-normative options for individual experiences. One of those options is the procreation dissociated from the sexual act, linked to the emergence of new technological devices that allow to engage in a medically assisted and legally regulated procreative process. But if these instances of social regulation “de-normalize” the ways to procreate, they also reproduce the normalization of the procreative agents. In Portugal, lesbian couples are legally prevented from requiring medical-technological care in order to have a child.

The main goal of this research project was to address the representations of motherhood that underlie the current legislative framework. The project has drawn on a qualitative, interpretative and comprehensive methodological approach. Open interviews were carried out to collect the discourses of medical specialists in Reproductive Medicine and judges from Family and Juvenile Courts about the research topic. Among the main findings we have the identification of two major medical and juridical positions: the first is that motherhood should take place in a heterosexual relationship, resulting in an unfavorable view about lesbian motherhood; the second is that motherhood is the exercise of parental responsibilities regardless of sexual orientation, resulting in the representation of the lesbian motherhood as the same as heterosexual motherhood.

Keywords: Lesbian motherhood; medically assisted reproduction; representations; physicians; judges.

Résumé

La Médecin et le Droit sont historiquement deux agences de régulation sociale qui sont venus à définir qui sont les mères et les pères appropriées, basées sur des modèles normatifs de genre et la sexualité. Agissant vers la normalisation, elles ouvrent également des options non normatives des expériences individuelles. Une de ces options est la procréation séparée de l'acte sexuel, liée à l'émergence de nouveaux dispositifs technologiques qui permettent de s'engager dans un processus de procréation médicalement assistée et réglementée par la loi. Bien que "de-normalisent" les moyens de procréer, ces agences conduisent à la reproduction de la normalisation de les agents procréatifs. Au Portugal, lesbiennes couples sont interdit d'accès aux traitements médicaux-technologiques pour procréer.

Quelles sont les représentations médicales et juridiques de la maternité lesbienne qui sous-tendent le cadre législatif actuel, médicalement informé, était ce que nous avons voulu capturer avec cette investigation, en vers d'une approche méthodologique qualitative et interprétative. C'était mobilisé l'entrevue non-directif afin de collecter les discours des médecins spécialistes en médecine de la reproduction et des juges des tribunaux de la famille et des mineurs sur le thème. Parmi les principaux résultats, il y a deux grands positions médicaux et juridiques: la position dans laquelle la maternité devrait se traduire par une relation de complémentarité entre individus de sexes différents, d'où émerge une opinion défavorable de la maternité lesbienne; et la position dans laquelle la maternité est l'exercice des responsabilités parentales indépendamment de l'orientation sexuelle, d'où émerge la représentation de la maternité lesbienne comme similaire à de la maternité hétérosexuels.

Mots clés: maternité lesbienne; procréation médicalement assistée; représentations; médecins; juges.

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Résumé	iii
Índice de Quadros e Figuras	vi
Agradecimentos	vii
Introdução.....	1
Capítulo 1. “Elefantes em lojas de porcelana”: Procriação Medicamente Assistida e maternidade (hetero)normativa.....	6
1.1. A Procriação Medicamente Assistida no encalço do puritanismo burguês	8
1.2. Pais Medicamente (não) Assistidos: Enquadramento médico-jurídico da Procriação Medicamente Assistida em Portugal	16
1.3. A <i>espécie</i> lésbica discursivamente construída: o processo de peritagem do sexo.....	27
1.4. Momento-síntese	34
Capítulo 2. Trilhando caminhos: Momentos-chave do trajeto metodológico.....	37
2.1. Viagem metodológica em busca de representações: técnicas de recolha e análise da informação	41
2.2. “Carregando” <i>habitus</i> ... Apontamentos reflexivos do processo analítico	54
2.3. Momento-síntese	58
Capítulo 3. Médicos e juízes: Os discursos sobre a maternidade lésbica.....	59
3.1. Ser mãe (não) é para todas: A maternidade em dois pesos e duas medidas	72
3.2. A maternidade lésbica na balança médica e jurídica: de perturbadora a constitucional	81
3.3. Para onde o vento sopra... Em direção à reprodução ou à mudança social?	91
Conclusão	95
Bibliografia	100
Anexos	113
Anexo 1: Guião de entrevista – Médicos especialistas em Medicina da Reprodução (e membros do CNECV e da OM)	114
Anexo 2. Guião de entrevista – Juízes (e membro do CNPMA)	116

Anexo 3. Excertos discursivos que traduzem fontes de exercício de poder por parte dos entrevistados	118
Anexo 4. Excertos que refletem as representações médicas e jurídicas da maternidade ...	120
Anexo 5. Proposições-chave que estruturam o argumento de que a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes	122
Anexo 6. Proposições-chave que estruturam o argumento de que a maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual	124

Índice de Quadros e Figuras

Quadros

Quadro 1. Síntese da caracterização dos médicos e dos juízes entrevistados.....	44
Quadro 2. Fontes de exercício de poder por parte dos entrevistados através do discurso.....	67
Quadro 3. Síntese das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica.....	89

Figuras

Figura 1. Esquema-síntese do procedimento de análise crítica do discurso	51
Figura 2. Modelo analítico orientador do processo interpretativo das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica.....	53
Figura 3. Esquema semântico das representações médicas e jurídicas da PMA	61
Figura 4. Síntese das dinâmicas de representações acerca da maternidade lésbica.	71
Figura 5. Esquema-síntese das representações médicas e jurídicas da maternidade.	92

Agradecimentos

À minha orientadora, a Professora Doutora Alexandra Lopes, pelo acompanhamento do percurso de investigação e pelo rigor, tanto quanto pelo entusiasmo, com que sempre o fez.

À Professora Ana Brandão, pelo interesse demonstrado por este trabalho, pelos conselhos e pela amizade.

À Professora Natália Azevedo, pelas palavras atenciosas e por saber que esteve sempre a torcer para que este trabalho chegasse a bom porto.

Ao Professor Carlos Gonçalves, enquanto diretor do Mestrado em Sociologia, agradeço por me ter acolhido tão bem na *sua casa* e pela atenção sempre demonstrada pelos que vinham *de fora*.

Aos Pedros, porque sim... Pelos sorrisos, pelo companheirismo e pelo carinho sempre demonstrados. A um, porque é e sempre será o *meu pequeno*. Ao outro, porque não sabendo quem era ou de onde vinha, me “cooptou”, recebendo-me da melhor forma com que alguém o pode ser.

À minha mãe, pelo amor e pelo esforço sempre feitos para que seguisse o meu percurso. Ao meu pai, mesmo já não estando presente, agradeço a presença constante ao longo desta caminhada. Com saudade.

Aos avós, tios e primos, pelo encorajamento constante e pela preocupação sempre demonstrada.

Introdução

As representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida, abordadas a partir de uma perspectiva fenomenológica e construtivista, constituem o objeto teórico da investigação que dá forma a esta dissertação. Foram captadas e analisadas por via da uma postura metodológica qualitativa, de cariz compreensivo e interpretativo. A entrevista não-diretiva foi mobilizada junto de médicos e de juízes com o intuito de recolher os seus discursos acerca da maternidade lésbica concretizada por via do acesso à procriação medicamente assistida, que foram submetidos a uma análise categorial temática, primeiro, e à análise crítica do discurso, depois. O objetivo geral que guiou os procedimentos analíticos foi o de perceber qual o argumento central mobilizado para justificar a posição face à maternidade lésbica medicamente assistida, quais os argumentos que o sustentam e quais as lógicas discursivas que permitem perceber como é que as posições são construídas. Desdobrando-o em objetivos específicos, pretendeu-se (i) captar as aproximações e os distanciamentos entre médicos e juristas no discurso produzido acerca da maternidade lésbica; (ii) perceber como nos discursos dos dois grupos de profissionais, médicos e juristas, se reproduzem (ou não) um conjunto de representações que bebem noutras esferas de regulação social, nomeadamente, a religião, e, dentro desta, o catolicismo; (iii) partir dos discursos produzidos pelos dois tipos de especialistas para proceder a um processo de confrontação das representações veiculadas com os discursos históricos acerca da família, da maternidade e/ou do lesbianismo; (iv) sintetizar, a partir de tais discursos, quais são as representações de género e de sexualidade dominantes; (v) perceber se os discursos emitidos apresentam mais traços que remetem para potenciais processos de reprodução social ou de mudança social.

O objeto empírico desta pesquisa foi, então, constituído pelos discursos orais de médicos especialistas em Medicina da Reprodução e de juízes de Tribunais de Família e Menores, por discursos escritos que refletem posições médicas e jurídicas institucionais acerca da temática, nomeadamente na forma de pareceres emitidos por parte do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e do Conselho Superior da Magistratura, e o texto legislativo que dá forma à Lei 32/2006, de 26 de julho, que regula os usos e aplicações da procriação medicamente assistida em Portugal. À escolha destes médicos e juízes específicos esteve subjacente o facto de, pelo menos teoricamente, serem os interlocutores que, por motivos de conteúdo da

atividade profissional, estão mais próximos das questões da família, em geral, e da maternidade, em particular.

Diversas pesquisas realizadas no âmbito das ciências sociais têm tomado como foco a maternidade lésbica, enformadas por uma matriz psicológica e sociológica, orientadas por uma abordagem comparativa entre este modelo maternal e a maternidade heterossexual. Escasseiam, no entanto, as abordagens sociológicas da maternidade lésbica por via da compreensão das representações que lhe são associadas por parte de um conjunto de agentes que são, eles próprios, os seus construtores e veiculadores socialmente legítimos – médicos e juristas. Esta dissertação pretende contribuir para uma aproximação exploratória a esta temática, não tendo, portanto, propósitos de produção de informação generalizável advinda dos achados empíricos, mas da sua apresentação, interpretação e discussão à luz do espectro teórico já existente. Aposta-se, para isso, numa revisão robusta da literatura e na mobilização de perspectivas teóricas com capacidade analítica e heurística. O trabalho aqui apresentado é moldado, em termos analíticos, por uma abordagem pós-estruturalista de Bourdieu e pela *frame analysis* Goffmaniana. A relevância da temática reside no facto de se focar num objeto teórico ainda não explorado de forma sistemática pela sociologia portuguesa, bem como no seu carácter atual e polémico, a ver pela recente discussão parlamentar gerada em torno de propostas apresentadas à Assembleia da República para alteração da lei que regula a aplicação da procriação medicamente assistida em Portugal, no sentido do alargamento do conjunto de beneficiários aos casais lésbicos.

No primeiro capítulo, mapeia-se a investigação que aqui se apresenta em função das pesquisas que têm vindo a ser realizadas com foco na maternidade lésbica. Dá-se conta dos objetos de estudo que têm sido abordados, no sentido de expressar a complementaridade e a singularidade desta investigação face ao que já foi feito. Conceptualiza-se a Medicina e o Direito enquanto agências de regulação social que, diacronicamente, exercem poder sobre as questões da sexualidade, da procriação e da maternidade, delimitando, em simultâneo, por ampliação e confinamento, as possibilidades da sua concretização. Atuando no sentido de uma “normalização” sexual e reprodutiva, parecem, também, abrir novas possibilidades de vivência individual da sexualidade e da reprodução, associadas à emergência de novos aparatos tecnológicos que permitem encetar um processo reprodutivo medicamente assistido e legalmente regulado – a procriação medicamente assistida. “Desnormalizando” as formas de procriar, todavia, acabam por reproduzir a normalização dos agentes procriadores “adequados” com base em modelos normativos de género e de sexualidade, associados às representações dominantes de masculinidade e de feminilidade. Daqui resulta a interdição do

acesso dos casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar, gerida pela imposição do diagnóstico de infertilidade e da situação de conjugalidade heterossexual como requisitos de admissão necessários para beneficiar dos serviços médicos reprodutivos.

Ainda neste capítulo, procede-se à comparação do enquadramento jurídico da procriação medicamente assistida em Portugal com outros países da União Europeia. Num quadro de aplicação de políticas de governação europeias comuns no domínio científico e tecnológico, Portugal afasta-se de alguns deles no que respeita aos parâmetros de regulação do uso e aplicação das tecnologias médicas reprodutivas. Por exemplo, na Alemanha, na Dinamarca, nos Países Baixos, na Espanha, na Estónia, na Bélgica, na Bulgária e no Reino Unido, no conjunto de requisitos definidos para acesso aos tratamentos proporcionados pela Medicina da Reprodução não está incluído o estatuto de casal; na Polónia, no Chipre, na Letónia, na Lituânia, na Roménia, na Eslováquia, em Malta, no Luxemburgo e na Irlanda não existe qualquer tipo de requisito de elegibilidade; em solo português, os pré-requisitos socialmente legítimos e legalmente regulados de acesso às tecnologias reprodutivas vão de encontro às representações dominantes de família, de maternidade e de paternidade, ancoradas na heterossexualidade normativa. Contrariando a associação conceptual entre feminilidade e maternidade, existem determinados grupos de mulheres aos quais tem sido e continua a ser tradicionalmente negado o acesso às tecnologias médicas reprodutivas – nomeadamente, as mulheres solteiras e as mulheres lésbicas –, argumentando-se não serem mães “adequadas”.

Este argumento parece ter na base representações sociais desfavoráveis à maternidade lésbica historicamente veiculadas, às quais a Medicina e o Direito não foram alheios. Com a emergência e a consolidação científica da Sexologia e da Psiquiatria no século XIX, desenvolve-se um sistema de classificação sexual amparado, por um lado, pelo processo de medicalização da sexualidade, caracterizado pela perda de centralidade do discurso religioso para o discurso médico e pela recolocação do sexo no domínio da saúde e da doença, e, por outro lado, e em simultâneo, pela imposição de um modelo de (hetero)sexualidade falocêntrica e procriadora, que permitiu patologizar todas as formas de sexualidade que dele se afastam. As práticas sexuais não reprodutivas são remetidas para o nível do patológico, do perverso e do desviante, emergindo a ideia da homossexualidade como perversão, desvio ou inversão. Aqui inclui-se a lésbica. Se a Medicina, por mão dos peritos do sexo, criou a lésbica, incluindo-a na cena social, concomitantemente, contribuiu para a sua exclusão da esfera do que é normal, natural e normativo, concretizada pela mão dos peritos da lei. Este processo, todavia, revelou-se central na definição dos indivíduos, contribuindo tanto para a reprodução social, quanto para a modificação da ordem social vigente, dado que a construção

de identidades em torno da prática (homos)sexual impulsionou, posteriormente, a reivindicação de direitos específicos para e por parte daqueles que se desajustavam da norma (heteros)sexual estabelecida, entre eles, os direitos reprodutivos.

No segundo capítulo, faz-se a descrição do trajeto metodológico e das técnicas de investigação mobilizadas para a recolha, tratamento e interpretação da informação. Quais são as representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida? Esta é a questão orientadora da investigação, que reflete, no fundo, a delimitação da pesquisa às representações combinadas da maternidade, do lesbianismo e da procriação medicamente assistida. Porque o objeto teórico definido se situa na convergência de dois níveis de análise distintos e complementares, o microssociológico – representações subjetivas de indivíduos específicos – e o macrossociológico – contexto sócio-histórico que as condiciona e/ou potencia –, considerou-se que a forma mais pertinente de ser estudado seria a partir do método de estudo de casos. Nesta pesquisa, a técnica de investigação principal mobilizada para a recolha da informação foi a entrevista não-diretiva, complementada com técnicas de análise documental clássicas, análise de conteúdo, designadamente na vertente de análise categorial temática, e análise crítica do discurso. Foram realizadas dez entrevistas, cinco a médicos e cinco a juízes. O recrutamento destes foi feito via carta, dirigida, no caso dos médicos especialistas em Medicina da Reprodução, aos diretores dos centros de procriação medicamente assistida, e, no caso dos juízes, ao juiz-presidente dos Tribunais de Família e Menores.

Este capítulo dá espaço, também, a um empreendimento reflexivo acerca da possível interferência do *habitus* da investigadora no processo analítico e no *output* final. Assume-se o pressuposto de que o investigador é coconstrutor do produto analítico que apresenta, pelo que uma abordagem qualitativa às representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica contemplará, neste sentido, uma componente subjetiva – socialmente enformada – imprimida pela investigadora. Reconhece-se que a postura inerente à neutralidade axiológica Weberiana não pode ser completamente assumida no processo de investigação, na medida em que se o investigador reconhece a posse de determinadas predisposições para agir e pensar que tenta isolar durante os procedimentos analíticos, outras há que acabarão por se refletir nas pistas conclusivas finais, considerando o seu envolvimento no mesmo contexto sócio-estrutural no qual o objeto de estudo ganha forma.

O terceiro capítulo é constituído por conteúdos relativos à análise dos discursos dos médicos e dos juízes sobre a maternidade lésbica. As representações acerca deste modelo maternal são enquadradas a montante e a jusante pelas representações acerca da procriação

medicamente assistida. Se as tecnologias médicas reprodutivas são, segundo a posição dominante dos entrevistados, orientadas para a tentativa de preenchimento de uma descontinuidade não intencional entre a relação sexual e a reprodução biológica, conclui-se que todos os discursos recolhidos revelam, de forma mais ou menos explícita, a presença de uma associação conceptual entre feminilidade e maternidade. Mas se, para uns – maioritariamente médicos –, esta associação só deve ter lugar quando reproduza a norma heterossexual, para outros – maioritariamente juízes –, é independente do objeto de atração erótica e sexual das mulheres, sendo configurada como um direito. Enquanto os médicos parecem pretender, através do uso e aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida, atenuar o desvio a uma norma biológica, os juízes parecem ver a possibilidade de ser atenuado o desvio a uma norma jurídica e constitucional.

Em geral, as representações da maternidade lésbica são discursivamente construídas por proposições-chave que operam por associação/dissociação ao modelo tradicional e heterossexual de maternidade, dando origem a duas posições distintas: a primeira, é a de que maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes, do que resulta uma representação desfavorável face à maternidade lésbica; a segunda, é a de que maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual, do que resulta uma representação da maternidade lésbica enquanto idêntica à maternidade heterossexual. Ainda que os entrevistados que assumem esta posição admitam o nascimento e o desenvolvimento de uma criança no seio de um casal lésbico, parecem, contudo, fazê-lo pela tradicionalização destes modelos de maternidade. A regulação jurídica do casamento entre pessoas do mesmo sexo surge comumente como elemento argumentativo de enquadramento da desigualdade a que os casais lésbicos estão sujeitos pelo facto de, em idêntica situação de proteção jurídica, experienciarem distinto tratamento no acesso às técnicas médicas reprodutivas. Acaba, então, por se tender à reprodução de um modelo de bimaternidade baseado na estrutura familiar tradicional assente na biparentalidade.

Capítulo 1. “Elefantes em lojas de porcelana”¹: Procriação Medicamente Assistida e maternidade (hetero)normativa

“Um rápido crepúsculo se teria seguido à luz meridiana, até as noites monótonas da burguesia vitoriana. A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. Ao que sobra só resta encobrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos. E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este status e deverá pagar as sanções” (Foucault, 1999, p. 9-10).

A maternidade lésbica constitui o eixo conceptual central deste trabalho, abordado a partir de uma perspectiva fenomenológica e construtivista de análise das representações médicas e jurídicas sobre a temática, com foco na possibilidade de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida (P.M.A.). Parte-se de uma problematização teórica que conjuga quadros teóricos e empíricos usados noutras pesquisas, em função da sua adequação e da sua capacidade heurística. São mobilizadas, nomeadamente, abordagens que podem ser enquadradas na sociologia da saúde aplicadas à reflexão sobre as definições e aplicações da PMA (Augusto, 2004; Silva, 2008; Silva & Machado, 2010a, 2010b; Remoaldo et al., 2004), abordagens da sociologia do género e da sexualidade que refletem sobre os processos de construção da identidade lésbica (Brandão, 2007, 2010; Foucault, 1999), abordagens dos estudos de género e feministas aplicados à reflexão sobre a maternidade e sobre o impacto do desenvolvimento de tecnologias médicas procriativas na reprodução social da feminilidade heterossexual, conjugal e maternal (Anleu, 1997; Bennett, 1997; Braga & Amazonas, 2005; Charo, 1997; Moura & Araújo, 2004; Scavone, 2001; Szapiro & Féres-Carneiro, 2002; Vargas & Moás, 2010), abordagens dos estudos lésbicos aplicados à análise e desconstrução das representações negativas dominantes acerca da maternidade lésbica (Clark & Kitzinger, 2005; Dana, 2011; Donovan 2000; Green et al., 1986; Hicks, 2005; Morgan, 1999; Patterson, 2001; Peterson, 2005; Ryan-Flood, 2005, 2009; Sears & Hirsch cit. por Dana, 2011; Padavic & Butterfield, 2011), e perspectivas da sociologia das profissões que permitem refletir acerca do papel de regulação social exercido pela Medicina e pelo Direito (Freidson, 1986, 2008).

¹ Expressão utilizada por Miguel Vale de Almeida (2011) no âmbito de uma reflexão acerca da interdição legal de acesso das lésbicas à procriação medicamente assistida em Portugal.

O crescente envolvimento de mulheres lésbicas no exercício da maternidade (Ryan-Flood, 2009) tem resultado na realização de diversas pesquisas no âmbito das ciências sociais, frequentemente de matriz psicológica e sociológica, orientadas por uma abordagem comparativa entre maternidade heterossexual e maternidade lésbica, considerando objetos de estudo como: (i) as especificidades do desenvolvimento psicossocial das crianças criadas por famílias lésbicas, ligadas à procura de diferenças/semelhanças na formação das identidades de género e sexuais face às crianças criadas por famílias heterossexuais (Clark & Kitzinger, 2005; Green et al., 1986; Hicks, 2005); (ii) a saúde psicológica e as competências maternas das lésbicas comparativamente às mulheres heterossexuais (Patterson, 2001); (iii) a organização familiar e os processos de dinâmica interna das famílias lésbicas, visando corroborar ou refutar o seu carácter ordinário ou único (Ryan-Flood, 2009). Certas abordagens assumem pendor eminentemente sociológico, aproximando-se de quadros teóricos construtivistas e fenomenológicos. É dada centralidade às experiências das lésbicas no acesso à maternidade, sublinhando-se questões como as vias de transição para a maternidade – adoção, procriação medicamente assistida ou coparentalidade – e os processos de construção da identidade maternal (Cadoret, 2007; Chabot & Ames, 2004; Dempsey, 2010; Padavic & Butterfield, 2011), ou focando as desigualdades experienciadas pelos casais lésbicos no acesso legal aos direitos de parentalidade (Peterson, 2005; Borrillo, 2009). Escasseiam as abordagens sociológicas da maternidade lésbica por via da compreensão das representações que lhe são associadas por parte de um conjunto de agentes que são, eles próprios, os seus construtores e veiculadores socialmente legítimos – médicos e juristas. Esta dissertação pretende contribuir para uma aproximação exploratória a esta temática, residindo a sua relevância científica no facto de se focar num objeto teórico ainda não explorado de forma sistemática pela sociologia portuguesa.

O trabalho aqui apresentado é moldado, em termos analíticos, por uma abordagem pós-estruturalista baseada em Bourdieu (2002 [1972]) e pela *frame analysis* Goffmaniana (2006 [1974]).

1.1. A Procriação Medicamente Assistida no enalço do puritanismo burguês

A Medicina e o Direito são duas instâncias históricas de regulação social dos comportamentos reprodutivos, especialmente femininos (Silva, 2008, p. 23), definindo, em termos sexuais e procriativos, aquilo que é “normal” ou patológico, a primeira, e sancionando os “desvios” à norma, a segunda. A importância do estudo dos discursos médicos e jurídicos reside no facto de, com base na autoridade social que lhes é conferida, os primeiros “criar[em] a doença como papel social oficial” (Freidson, 2008, p. 229), o que implica, no campo da reprodução humana, que a Medicina detém o monopólio da definição das situações “oficiais” de uso e aplicação das tecnologias médicas reprodutivas, alicerçadas nos textos legislativos que as regulam. Na perspectiva de Freidson (2008, p. 230), o Direito e a Medicina não devem ser englobados na mesma categoria porque enquanto o primeiro é uma invenção humana socialmente variável, a segunda opera com uma realidade biológica invariável. Nesta dissertação, no entanto, adotam-se alguns argumentos apresentados por Silva (2008) que permitem considerar ambos os discursos, médicos e jurídicos, como socialmente construídos e construtores da realidade social. Primeiramente, considera-se que os significados comuns atribuídos à procriação medicamente assistida resultam da ação conjunta da Medicina e do Direito através de “um duplo processo de cientifização do direito moderno e juridicização das ciências médicas, ou seja, da submissão da racionalidade moral e prática do direito à racionalidade cognitiva e instrumental da ciência moderna, por um lado, e do poder coercitivo do direito e da sua capacidade de integração normativa sobre a gestão científica da sociedade, por outro” (Santos cit. por Silva, 2008, p. 71). Depois, assume-se que ainda que as imagens mentais discursivamente veiculadas por médicos e juristas sobre a PMA sejam enquadradas por ideologias distintas, acabam por concorrer de forma imbricada para a definição das tecnologias médicas procriativas como procedimentos (re)produtores dos conceitos dominantes de maternidade e de sexualidade, alicerçados na norma da heterossexualidade (Silva, 2008, p. 69). Por último, parte-se do princípio de que os discursos médicos e jurídicos não são neutros, pelo que parecem ser tanto produtores, como mediadores e mobilizadores do quadro valorativo que os orienta (idem).

Enquanto profissões de reconhecido valor social e simbólico (Areosa & Carapinheiro, 2008, p. 84), a Medicina e o Direito detêm poder de institucionalização de definições próprias do mundo social, enformando as práticas e as representações individuais e sociais. Não independentes do contexto social onde estão inseridas e que constitui, simultaneamente, meio e resultado das possibilidades que têm de impor as suas mundividências, as ciências médica e

jurídica veiculam os valores sociais vigentes em determinado tempo e espaço, tanto quanto modelam os significados sociais em função desses valores (Freidson, 2008, p. 278).

A transformação dos significados subjetivos – individuais e grupais – médicos e jurídicos atribuídos à maternidade, ao lesbianismo e à procriação medicamente assistida são transformadas naquilo que Berger e Luckmann (1973, p. 34) designam de “facticidades objetivas” por meio da linguagem, num processo de classificação e padronização da realidade. E porque a linguagem é uma facticidade externa e coercitiva que impele à convergência com os padrões por ela definidos (Berger e Luckmann, 1973, p. 59), num contexto de modernidade tardia, onde o exercício da maternidade pode ser considerado um elemento constituinte de um projeto reflexivo do *self* (Giddens, 1994), os discursos médicos e jurídicos delimitam, em simultâneo, por ampliação e confinamento, as possibilidades da sua concretização. A este processo subjazem os quadros de referência primários dos médicos e dos juristas sobre a maternidade, a sexualidade e a procriação, aqui entendidos como esquemas interpretativos mobilizados nas definições das situações, passíveis de serem sociologicamente identificados, que fazem parte de uma reserva de conhecimento que é tomado como certo acerca da realidade social (Goffman, 2006).

Considerando que, historicamente, a construção da identidade feminina tem sido atravessada por um processo de interiorização de uma conduta sexual caracterizada pela castidade e pela valorização da maternidade e do papel de esposa (Brandão, 2007, p. 93), sendo usados, para o efeito, mecanismos disciplinadores que assentam na medicalização da recusa da função materna – consagrado, por exemplo, no protótipo da mulher histérica – (Soares, 2010, p. 2), pode dizer-se que os esquemas interpretativos mobilizados por médicos e juristas na definição do que deve ser enquadrado nos conceitos de maternidade, de sexualidade e de procriação foram produzidos e institucionalizados pela própria ciência médica.

Se a Medicina e o Direito, enquanto instâncias históricas de regulação social e docilização dos corpos (Foucault, 1999), exercem uma regulação individual e social no sentido de uma “normalização” sexual e reprodutiva, parecem, também, abrir novas possibilidades de vivência individual da sexualidade e da reprodução que têm possibilitado a reorganização da vida íntima e pessoal, e, como tal, o questionamento dos princípios em que assenta a família nuclear tradicional (Bauman, 2000; Castells, 2003; Giddens, 1995; Roseneil, 2006). A par da introdução e difusão dos métodos de contraceção, uma dessas opções é a possibilidade da procriação dissociada do ato sexual, com a emergência de novos aparatos tecnológicos que permitem encetar um processo reprodutivo medicamente assistido e

legalmente regulado (Giddens, 1995), tendência em curso desde o final da década de 1960 – nos Estados Unidos da América – e início da década de 1970 – na Europa (Castells, 2003). “Desnormalizando” as formas de procriar, todavia, acabam por reproduzir a normalização dos agentes procriadores “adequados” com base em modelos normativos de género e de sexualidade, associados às representações dominantes de masculinidade e de feminilidade (Silva, 2008; Silva & Machado, 2010a). O que a Medicina oferece – e o Direito regula – no campo procriativo parece surgir tanto a montante, como a jusante, de processos simbólicos de (re)significação conceptual da maternidade, da paternidade, da sexualidade e da procriação, não desenquadrados, todavia, de um modelo heterossexual (Silva, 2008).

Enquanto projeto passível de ser apoiado pelas novas ofertas científicas (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002, p. 181), a concretização da maternidade medicamente assistida parece ser, no contexto português, casuística, legítima – porque legal – apenas nos casos em que constitui um projeto heterossexual e conjugal, tal é “o temor [...] de que a família seja desvirtuada de seus valores tradicionais, da lei do pai e da autoridade, e entre em decadência, a partir das novas configurações familiares” (Braga & Amazonas, 2005, p. 13). Os casais lésbicos são arredados do acesso à ajuda médica e tecnológica para procriar (cf. Lei n.º 32/2006 de 26 de julho), ainda que esta matriz legislativa não seja consensual entre profissionais médicos e juristas – mas também não totalmente divergente –, como será desenvolvido num ponto posterior deste trabalho. Neste contexto, a maternidade lésbica parece representar uma “transformação” da maternidade tradicional, i.e., uma cópia da atividade original (Goffman, 2006), e, como tal, não dispõe do mesmo apoio médico-tecnológico e legal.

Segundo Silva (2008, p. 31), a PMA pode ser definida como um conjunto de procedimentos que permite a obtenção de uma gravidez bem sucedida por via da manipulação médica do encontro do material genético masculino e feminino – espermatozoides e óvulos. A esta conceptualização acrescentar-se-á, neste trabalho, que são técnicas médicas que visam assegurar a reprodução de *habitus* de género que permitem reproduzir o ideal de feminilidade procriativo, materno, conjugal e heterossexual através do exercício de violência simbólica sobre os corpos sexados (Bourdieu, 2002b, 1989). Enquanto conjunto de disposições subjetivas, estruturadas e estruturantes, objetivadas por meio de práticas e de representações individuais e coletivas (Bourdieu, 2002b), o *habitus* enquadra e exterioriza uma componente de género, cujos traços distintivos são socialmente construídos com base no sexo biológico dos indivíduos. Assumido comumente como uma variável discreta e bipolar, o género tem sido associado, de forma indelével, ao sexo biológico, anatómico e morfológico, pelo que “ser

homem” ou “ser mulher” depende da configuração dos órgãos genitais externos (Cucchiari cit. por Brandão, 2007, p. 36). O pressuposto da existência de “uma conexão íntima entre o facto de ser biologicamente macho ou fêmea – isto é, ter os órgãos sexuais ‘apropriados’ e potencialidades reprodutivas – e a forma correta de comportamento erótico – usualmente o coito genital entre homens e mulheres” (Weeks, 2009, p. 5) – permite argumentar que a posse de uma vagina ou de um pénis determina aquilo que cada um pode ser, tendo em conta a adequação do género ao sexo, e, paralelamente, do género à (hetero)sexualidade. Ter sexos distintos parece implicar, necessariamente, uma noção de complementaridade natural e essencial entre géneros distintos, dado “o imperativo da existência e perpetuação do *Homo Sapiens*” (Levy, 2004, p. 187). Esta ideia de complementaridade constitui uma das normas de género que operam no sentido da incorporação de determinados ideais de feminilidade ou de masculinidade por via de enunciados performativos (Butler, 1999). Estes constituem discursos socialmente construídos sobre o que é ser homem ou ser mulher, que, devido à legitimidade dos atores que os constroem e veiculam – principalmente nos campos da Medicina e do Direito –, imprimem nos corpos formas específicas de *hexeis*² corporais, cujos usos em termos de sexualidade reiterem performativamente a *doxa*, enquanto adesão não questionada à ordem social – e sexual – vigente (Bourdieu, 1989). Segundo Butler (2002), a performatividade diz respeito à repetição ritualizada das normas de género no sentido da naturalização do corpo sexuado. Estas normas são precedentes e exteriores aos agentes, pelo que, não dependendo da vontade de cada um, a noção de performatividade não deve ser confundida com a de performance (idem).

Para além de constituir uma categoria baseada em diferenças ontológicas, de facto, existentes entre homens e mulheres, o sexo surge, assim, como uma categoria social investida de significados políticos através da qual as mulheres e os homens são “heterossexualizados” de modo a servir o propósito de reprodução biológica (Wittig, 1982, p. 66). A heterossexualidade compulsória³, na terminologia de Rich (1980), é naturalizada por via de

² Plural latino de *hexis* corporal.

³ A heterossexualidade compulsória foi designada como um dos “crimes contra mulheres” pelo *Brussels Tribunal on Crimes against Women* em 1976 (Rich, 1980, p. 653). Testemunhos de mulheres lésbicas retratam as tentativas de imposição forçada da heterossexualidade: “Uma lésbica em Oslo estava envolvida num casamento heterossexual que não funcionou e, então, começou a tomar calmantes e acabou num sanatório para tratamento e realibitação... No momento em que disse, na terapia de grupo, que acreditava ser lésbica, o médico disse-lhe que não era. Sabia de ‘olhar para os seus olhos’, disse ele. Ela tinha olhos de quem queria ter sexo com o marido. Foi sujeita à designada ‘terapia de sofá’. Era colocada numa sala aquecida, nua, numa cama, e, durante uma hora, o seu marido tinha que... tentar excitá-la sexualmente... A ideia era que o toque acabaria sempre em coito. Ela sentiu uma aversão cada vez mais forte. Muitas vezes vomitou e fugiu da sala para evitar este ‘tratamento’. Quanto mais afirmava que era lésbica, mais violento se tornava o intercurso sexual forçado. Este

mecanismos de regulação do género enquanto sistema de dois pólos opostos – masculino e feminino –, cuja diferença é refletida e (re)produzida através da modelação do desejo sexual, do qual resulta a consolidação das categorias de género, bem como a aparente coerência intra- e interconceptual entre sexo, género e desejo (Butler, 1999, p. 31). Tomando como exemplo o caso da procriação medicamente assistida em Portugal (cf. Lei n.º 32/2006 de 26 de julho), a restrição do acesso aos cuidados médicos reprodutivos a indivíduos que introduzem algum tipo de elemento que desvirtue a associação aparentemente natural entre sexo biológico, género e desejo (hetero)erótico – como é o caso das mulheres solteiras e dos casais do mesmo sexo – reflete uma tentativa de modelação dos corpos sexuais às representações dominantes de feminilidade, de masculinidade, de sexualidade, de maternidade e de paternidade. Este processo parece ser desenvolvido através do exercício da violência simbólica (Bourdieu, 1989) alicerçada no monopólio médico de definição dos beneficiários “adequados” para submissão aos métodos terapêuticos oferecidos pela Medicina da Reprodução, legitimado pelos quadros legislativos.

Os efeitos da tentativa de modelação da sexualidade são mais explícitos para o caso das mulheres, dada a “ansiedade [que] parece residir no facto de a maternidade implicar menos dúvidas [quanto à filiação] do que a paternidade” (Brandão, 2007, p. 89), sublinhando-se, então, a relevância da reprodução – tanto biológica, quanto social –, dos modelos de maternidade tradicionais, nucleares, e parte de um projeto de parentalidade heterossexual. As mulheres parecem exigir “vigilância constante e a domesticação da sua tendência para o pecado” (Swain, 2000, p. 52), o que implica o desenvolvimento de instrumentos que as mantenham dentro dos moldes comportamentais “legítimos”, em termos de género e de sexualidade. Assim, uma das estratégias adotadas em contexto português é a colocação de entraves por parte da Medicina e do Direito à concretização dos projetos maternais de algumas mulheres, na tentativa de evitar um processo de rompimento e ininteligibilidade do dualismo de género que posiciona em lugares distintos, mas complementares, as

tratamento continuou durante cerca de seis meses. Ela fugiu do hospital, mas foi trazida de volta. Fugiu novamente. Não voltou desde então. No final percebeu que tinha sido violada durante seis meses” (ibidem).

Em Portugal existiram, também, casos de tentativa de imposição da heterossexualidade como forma de comportamento sexual normal, como, por exemplo, os retratados por duas lésbicas no trabalho de Moita (2006, p. 64), centrado na análise da homofobia dos clínicos portugueses: (i) “O médico às tantas propôs-me fazer a terapia comportamental com reflexos condicionados, mostrando-me fotografias de homens e mulheres nus. De seguida levava eletrochoques – já lá vão vinte e tal anos, eu tinha cerca de 20 anos, neste momento tenho 48 [1978]; (ii) Nos anos 1980, no meu serviço [...] vi uma coisa aversiva para tentar recondicionar ou descondicionar [...] o caso de uma freira, que era lésbica, e se tinha uma coisa que a punha louca eram as mamas!... e então no tratamento para fazer o descondicionamento [...] mostravam-lhe uns cartões – ela detestava fezes – a saírem fezes pelos mamilos [...], fazia parte de uma técnica, obviamente, muito corrente, não tinha estímulos elétricos, mas tinha outro tipo de estímulos... de fantasia”.

mulheres/mães e os homens/pais (Soares, 2010, p. 6). A elevação da infertilidade ao estatuto de doença por parte da Medicina tem funcionado como garantia da reprodução de *habitus* femininos maternos e heterossexuais – ainda que não tenha sido feita de forma intencional para servir este propósito –, e, complementarmente, do alargamento da jurisdição médica sobre os corpos femininos, num ímpeto de expansão do monopólio normalizador, que o Direito legalizou, expandindo, também, a sua área de intervenção à saúde reprodutiva.

Partindo do pressuposto de que Medicina cria mais doentes do que aqueles que cura (Illich cit. por Biley, 2010), pode dizer-se que o uso e a aplicação das tecnologias de procriação medicamente assistida constitui uma das mais recentes manifestações de medicalização social (Costa et al., 2006). O discurso médico de avaliação e diagnóstico alargou-se, na modernidade tardia, ao casal heterossexual – ainda que a mulher seja o principal objeto de exame e intervenção – refletindo o efeito da construção médica da doença da infertilidade conjugal (Vargas & Moás, 2010, p. 2). Um conjunto de alterações interrelacionadas na organização da vida individual e social permitiu a consolidação da infertilidade enquanto doença, impulsionando a procura de serviços de saúde na área de Medicina da Reprodução (Remoaldo et. al, 2004, pp. 6-7). Entre essas alterações, encontram-se (i) o desejo tardio de ter filhos por questões profissionais; (ii) o prolongamento das mulheres no sistema de ensino e a sua crescente penetração no mercado de trabalho; (iii) a instabilidade laboral; (iv) os casamentos tardios; (v) a diminuição da fertilidade com o avanço da idade; (vi) o início precoce da atividade sexual associado à mudança frequente de parceiros sexuais e ao provável aumento de doenças inflamatórias pélvicas (ibidem). A procriação medicamente assistida emerge, assim, como forma de contornar a infertilidade “natural” do casal constituído por indivíduos de sexo diferente, pelo que o acesso de mulheres sem parceiro ou, especialmente, de casais lésbicos – tanto como de casais gays – tem constituído um debate jurídico ambíguo (Vargas & Moás, 2010, p. 2).

A associação entre maternidade e feminilidade que subjaz ao desenvolvimento das tecnologias médicas reprodutivas parece refletir um enunciado performativo que se traduz na relação causal *ser mulher*, logo, *ser mãe* (Butler, 1999). Esta relação parece apresentar vestígios históricos do puritanismo burguês. Em retrospectiva, pode dizer-se que, considerando “que o seu próprio sexo era coisa importante, frágil tesouro, segredo de conhecimento indispensável”, a burguesia medicalizou a sexualidade feminina, restringiu o seu exercício aos limites familiares, e impôs um conjunto de obrigações conjugais e parentais que, quando não cumpridos, faziam emergir “a mulher ‘nervosa’, sofrendo de ‘vapores’” (Foucault, 1999, p. 114). As relações entre os géneros passaram a ser rigidamente reguladas, orientadas por um

processo de separação das esferas masculina e feminina, com a consequente atribuição de papéis adequados a homens e mulheres, ficando a mulher limitada à privacidade do lar e ao tratamento do marido e dos filhos, assumindo-se que o seu dever é casar e ser mãe (Brandão, 2007, p. 47). A imposição *do feminino* como *o materno* reflete a expansão do papel da ciência médica para além da prevenção da doença e da manutenção da saúde, passando a intervir em esferas que eram, anteriormente, consideradas desígnios da natureza (Petersen, 1997). O nascimento passa a ser, também ele, medicalizado, processo com raízes nas últimas décadas do século XVIII, quando os Estados-nação europeus começam a preocupar-se com a produção de soldados, considerados a riqueza das nações (Illich, 1982, p. 465). As mulheres foram (re)definidas como produtoras de exércitos militares e industriais, pelo que, por via do discurso médico, o parto/o nascimento deixou de ser um acontecimento de gineceu para passar a ser visto como função de trabalho profissional (idem). Surgem, no fim desse século e no início do seguinte, publicações médicas de aconselhamento das mulheres em questões relacionadas com a maternidade, recomendando-se que fossem as próprias a cuidar dos filhos e a amamentá-los, surgindo a representação da mulher como sendo, essencialmente, mãe (Correia, 1998, p. 368).

O século XVIII marca também a emergência da Medicina como campo de conhecimento científico masculinizado, que toma como objeto o de intervenção sobre a e de disciplina da população (Costa et al., 2006, p. 364). O século XIX será marcado pelo desenvolvimento de projetos de modernização e higienização das cidades, o que, por via da intervenção das ciências médica e jurídica enquadradas por ideologias positivistas e por um contexto iluminista de valorização dos direitos humanos, se reflete na valorização da infância e na imputação às mulheres da responsabilidade de cuidar dos filhos (Soares, 2010, p. 6). O corpo feminino surge, desde então, como um alvo privilegiado de intervenção médica com intuítos normalizadores (Costa et al., 2006, p. 364).

Fruto de uma herança histórica que parece ainda surtir efeito, ser lésbica e mãe é considerado socialmente incompatível, pois se, por um lado, a lésbica é mulher, por outro, não é uma mulher adequada para ser mãe, desafiando o conceito de maternidade ancorado na heterossexualidade normativa (Hequembourg & Farrel, 1999). A mãe “adequada” é “uma mulher heterossexual, (...) casada no seio de uma família nuclear tradicional, fértil, que engravide através do ato sexual com o marido, e que queira tratar de crianças” (DiLapi cit. por Padavic & Butterfield, 2011). A questão da procriação fora do âmbito de uma relação heterossexual parece ser, então, problemática, talvez porque seja consequência de uma tentativa, com efeitos não totalmente controláveis, de (re)produzir, por meios médicos

tecnologicamente amparados, o modelo de família tradicional, heterossexual, enfim, “natural”. Na medida em que a PMA tecnologiza a reprodução humana e contribui para o “redimensionamento da tríade sexo-casamento-parentesco, ao dissociar a procriação do ato sexual” (Stanworth cit. por Silva, 2008, p. 32), novos mecanismos de regulação foram acionados, assumindo a forma de requisitos de admissão aos tratamentos disponibilizados pela Medicina da Reprodução, com base em argumentos de “inadequação” de certos tipos de pessoas – entre as quais indivíduos cuja atração erótica se dirige a alguém do mesmo sexo – ao exercício da parentalidade. Assistindo-se, por um lado, à alteração das percepções acerca dos modos de procriar, por outro, reiteram-se as representações acerca de quem deve procriar. A Medicina “reina sobre as consciências, não reconhece outro poder senão o seu” (Ferro, 1999, p. 154), mas a influência do Direito neste processo não pode deixar de ser considerada, porque, servindo de suporte à Medicina e regulando a sua prática, é uma instância que contribui para impor, com base em argumentos médico-científicos, certos modelos de família e de maternidade.

O acesso à maternidade por via da PMA não é, entretanto, algo consensual no seio da própria comunidade lésbica. Ainda que o facto de as lésbicas poderem, legalmente, ser mães signifique perspetivar de um outro modo o parentesco e a família, parece assistir-se, em paralelo, a um seguimento e, até, extensão dos modelos familiares baseados na norma heterossexual procriativa (Silva, 2008). Neste sentido vão algumas críticas feministas, segundo as quais alguns tipos de técnicas médicas reprodutivas representam formas de manipulação do corpo e dos desejos femininos com a finalidade de servir as necessidades masculinas (Charo, 1997). As ideias de escolha e autonomia procriativa podem ser ilusórias, dada a influência das normas sociais dominantes, apoiadas pelas normas legais, sobre aquilo que pode, ou não, ser escolhido (Anleu, 1997). Ademais, a mera existência das tecnologias procriativas pode também significar a tentativa de reforço do patriarcalismo e da heterossexualidade normativa, pois reforçam os ideais pró-natalistas, pressionando as mulheres que não podem ter filhos a submeter-se aos tratamentos disponíveis (idem). Para Bennett (1997), se o desenvolvimento da procriação medicamente assistida tem permitido desafiar os significados dominantes atribuídos à parentalidade, tem também, a partir das condições de admissibilidade às mesmas, assegurado que as novas famílias formadas se conformam à imagem da família nuclear tradicional.

1.2. Pais Medicamente (não) Assistidos: Enquadramento médico-jurídico da Procriação Medicamente Assistida em Portugal

A PMA devidamente legislada emerge em Portugal em 2006, após um debate parlamentar sobre a temática impulsionado pela apresentação de algumas iniciativas legislativas no âmbito da regulação dos usos e aplicações destes procedimentos médico-tecnológicos, culminando na aprovação da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (Silva, 2008). Nas mais de duas décadas anteriores à aprovação deste diploma – de 1980 a 2006 –, vigorou uma prática de autorregulação médica na aplicação da PMA, da qual resultou a primeira criança portuguesa concebida por inseminação artificial homóloga, em 1980, e o primeiro nascimento resultante de uma fertilização *in vitro*, em 1986 (Silva & Machado, 2010b). Através do poder de autorregulamentação na prática profissional quotidiana, reiteram-se a autonomia, a independência e a autoridade da Medicina socialmente legitimadas, porque assentes, também, no seu poder técnico-carismático (Carapinheiro, 1993, p. 197). Este poder reveste a forma de violência simbólica, justificada pelo valor científico atribuído à atividade médica e pelo poder carismático do ato de curar (*ibidem*), tendo-se traduzido, ao longo do período de ausência de legislação específica de regulação da PMA, no poder de *gatekeeping*, i.e., no monopólio profissional de delimitação do acesso aos bens e serviços disponibilizados pela Medicina da Reprodução a casos reconhecidos pelos médicos como configurando os beneficiários “adequados” (Freidson, 1986), entenda-se, os casais heterossexuais.

Os discursos e as práticas médicos não são produtos de um conhecimento científico neutro em constante evolução positiva, objetivamente melhor, mas construções social e historicamente emolduradas (Silveirinha, 2008, p. 475). Daqui decorre que o poder de decisão médica quanto às situações a beneficiarem da assistência médico-tecnológica para procriar no contexto de uma prática profissional autorregulada configura um empreendimento moral (Freidson, 2008, p. 280), na medida em que as escolhas derivam de modelos valorativos, morais e éticos pessoais, por sua vez socialmente determinados. Nas décadas de 1980 e 1990 – marcadas, como já foi referido, pela ausência de legislação reguladora da aplicação da PMA em Portugal –, as representações sociais face à homossexualidade eram predominantemente desfavoráveis entre os jovens portugueses, tanto católicos, como ateus (Pais, 1985)⁴, sendo as

⁴ Em termos factuais, de acordo com dados apresentados por Pais (1985, p. 381), relativos ao *Inquérito sobre os Valores e Atitudes dos Jovens Portugueses*, a percentagem de jovens portugueses que, na primeira metade da década de 1980, consideravam que a homossexualidade devia ser proibida são as seguintes, por filiação religiosa e género: (i) Católicos Praticantes: 67,3% (masculino) e 63,2% (feminino); (ii) Católicos não Praticantes: 55,3% (masculino) e 50,7% (feminino); (iii) Ateus: 47,6% (masculino) e 31,0% (feminino); (iv) Outras: 37,8%

relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo consideradas maioritariamente inaceitáveis pelo total da população, mais de uma década depois (Pais, 1998)⁵. Considerando este contexto, a escolha médica dos casais heterossexuais como os únicos beneficiários dos serviços disponibilizados pelas tecnologias procriativas parece refletir um princípio organizador da ação derivado de um quadro primário tanto natural, como social dos profissionais médicos, relativo à sexualidade e à procriação (Goffman, 2006). Considerando que, na terminologia Goffmaniana, o quadro primário natural é assumido como um esquema de atribuição de explicações “naturais”, biológicas ou fisiológicas aos fenómenos sociais, e o quadro primário social é, como se depreende em termos etimológicos, aquele que permite atribuir explicações socialmente construídas às atividades sociais (Goffman, 2006, p. 23-24), pode, talvez, dizer-se que o foco médico nos casais heterossexuais deriva de representações negativas socialmente naturalizadas sobre a homossexualidade. E como se verá mais adiante, a ciência médica – coadjuvada pela ciência jurídica – não foi, ela própria, alheia à sua construção, veiculação e institucionalização.

Durante o período de aplicação autorregulada das técnicas médicas reprodutivas várias foram as tentativas de aprovação de um diploma que as legislasse (Silva & Machado, 2010b). Não porque não existisse confiança na prática médica e científica, uma vez que, segundo juristas entrevistados por Silva (2008, p. 98), “estas tecnologias foram aqui aplicadas durante mais de vinte anos sem qualquer legislação e esta ausência parece não ter sido marcada por ‘grandes abusos’, mercê sobretudo da ‘grande deontologia’ médica”, mas por uma questão de imputação de direitos e deveres aos intervenientes nos tratamentos médicos reprodutivos. A primeira iniciativa legislativa concernente à PMA foi apresentada na VII Legislatura por parte do Governo – Proposta de Lei n.º 135/VII –, mas acabou vetada pelo Presidente da República pelo facto de este considerar não ter existido um debate suficientemente ponderado e consensual por parte da comunidade científica (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012, p. 9). Seguiu-se, na IX Legislatura, a apresentação de três Projetos de Lei por parte do Partido Socialista, do Bloco de Esquerda e do Partido Comunista Português, que acabaram por caducar devido ao término antecipado da Legislatura (ibidem)⁶. Na X Legislatura foi, finalmente, aprovada a lei atualmente em vigor, enquadrada pela iniciativa legislativa apresentada pelo Partido Socialista, ainda que também o Bloco de

(masculino) e 43,7% (feminino). Complementarmente, os jovens católicos consideram que as relações sexuais devem ter como propósito central a procriação (ibidem).

⁵ Uma consulta a Pais (1998, p. 410) revela que 48,5% dos inquiridos afirmam que a única forma de relações sexuais que deveria ser socialmente permitida é a que se estabelece entre um homem e uma mulher.

⁶ Projeto de Lei n.º 90/IX, Projeto de Lei n.º 371/IX e Projeto de Lei n.º 512/IX, respetivamente.

Esquerda, o Partido Comunista Português e o Partido Social-Democrata tenham apresentado as suas propostas (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012, p. 9)⁷.

Estas iniciativas legislativas apresentam em comum o facto de se apropriarem, em maior ou menor grau, de argumentos/conhecimentos de carácter médico e jurídico para justificar as sugestões contidas nos textos apresentados, nomeadamente os que aludem à infertilidade como uma doença que necessita de ser tratada⁸, sendo, para isso, necessário que a prática médica nesse âmbito fosse devidamente regulada legislativamente⁹ (cf. Bloco de Esquerda, 2005; Partido Socialista, 2005; Partido Comunista Português, 2005; Partido Social-Democrata, 2005). Em convergência com a perspetiva de Berger e Luckmann (1973, p. 38), pode dizer-se que a realidade social parece ser apreendida pelos indivíduos – no caso, pelos deputados portugueses – como uma realidade ordenada, padronizada, cujos princípios organizadores aparentam ser-lhes externos e coercivos, objetivados por meio da linguagem médica e jurídica que lhes atribui significado. Desta forma, a redação médica e juridicamente informada – e enformada – dos projetos apresentados permite dar conta do poder

⁷ Projeto de Lei n.º 151/X, Projeto de Lei n.º 141/X, Projeto de Lei n.º 172/X e Projeto de Lei n.º 176/X, respetivamente. Consultar Silva (2008) para conhecer de forma mais pormenorizada o processo evolutivo de implementação de legislação específica no âmbito da Procriação Medicamente Assistida em Portugal.

⁸ Alguns exemplos retirados dos textos dos Projetos de Lei apresentados: (i) “Considerando que a infertilidade afeta cerca de 20% da população em idade fértil, isto é, cerca de 500 000 pessoas em Portugal, verifica-se que esta lacuna tem efeitos imediatos sobre o bem-estar de parte importante da população, o que torna ainda mais urgente a sua correção. Considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma doença, a infertilidade pode atualmente ser tratada e, nos casos em que assim não acontece, pode garantir-se aos interessados uma alternativa para a maternidade e paternidade” (Bloco de Esquerda, 2005, p. 1); (ii) “A infertilidade dos casais desejosos de ter filhos constitui doença de crescente e generalizada incidência, cuja solução se pretende progressivamente eficaz numa sociedade mais liberta de preconceitos, enriquecida com constantes avanços científicos e dotada de tecnologias diferenciadas de inusitada capacidade resolutive” (Partido Socialista, 2005, p. 1); (iii) “Com efeito, a esterilidade e a infertilidade afetam um número significativo de casais. [...] Trata-se, pois, de um problema de saúde pública e não de uma forma alternativa de reprodução (Partido Comunista Português, 2005, p. 1-2).

⁹ Alguns exemplos retirados dos textos dos Projetos de Lei apresentados: (i) “A Constituição da República Portuguesa define, na alínea e) do n.º 2 do seu artigo 67.º, a obrigação constitucional de regulamentação da procriação medicamente assistida, ‘em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana’” (Bloco de Esquerda, 2005, p. 1); “A inexistência de legislação sobre procriação medicamente assistida motiva ainda compreensíveis dificuldades na determinação de direitos e responsabilidades dos diversos intervenientes nos atos próprios de cada procedimento” (Partido Socialista, 2005, p. 2); (iii) Considerou-se que urgia, pois, implementar medidas que acautelassem princípios a que estão subjacentes questões que têm a ver com a defesa da liberdade do homem e da dignidade da pessoa humana, com a solidariedade social e com a intervenção sanitária e respetiva exigência de qualidade dos serviços prestados” (Partido Socialista, 2005, p. 3); (iv) “Essa tarefa legislativa prende-se, assim, também, com os direitos, liberdades e garantias pessoais em que se densifica o princípio da dignidade da pessoa humana estruturante do nosso Estado de Direito” (Partido Social-Democrata, 2005, p. 1).

performativo dos discursos da Medicina e do Direito, nos termos de Butler (1999). À exceção do Partido Comunista Português, cujo projeto de lei contempla a proposta de acesso de mulheres sozinhas aos tratamentos disponibilizados pela Medicina da Reprodução, a sugestão, por parte dos Grupos Parlamentares, da regulação do uso e da aplicação da PMA meramente em casos de infertilidade conjugal no seio de um casal heterossexual permite dar conta da existência de um processo performativo dos *habitus* de género por parte dos redatores (Butler, 1999; Bourdieu, 2002b). Mais vincado nos casos do Bloco de Esquerda, do Partido Socialista e do Partido Social-Democrata, cujas propostas refletem a conexão íntima entre *ser mulher*, *ser mãe* e *ser casada*, e com uma componente subversiva no caso do Partido Comunista Português, ao eliminar da equação a necessidade de casamento para o exercício da maternidade (cf. Bloco de Esquerda, 2005; Partido Socialista, 2005; Partido Comunista Português, 2005; Partido Social-Democrata, 2005). Mas considerando que para o exercício da subversão performativa é necessário conhecer as normas de género socialmente associadas às mulheres e aos homens, pode argumentar-se que a desconexão entre feminilidade maternal e conjugal apresentada pelo Partido Comunista Português configura o reflexo de um esquema cognitivo estruturalmente configurado por aquilo que Bourdieu (1989) designa por “regras do jogo” definidas pelos campos médico e jurídico. Ora, nesse caso, talvez possa considerar-se que a proposta do grupo parlamentar em causa, operando à “exteriorização da interioridade” (ibidem), não subverte totalmente, mas reproduz performativa e parcialmente a associação entre feminilidade e maternidade.

Num quadro de aplicação de políticas de governação europeias comuns no domínio científico e tecnológico, Portugal afasta-se de alguns países da União Europeia no que respeita aos parâmetros de regulação do uso e aplicação das tecnologias de PMA (ESHRE, 2008). Na Alemanha, na Dinamarca, nos Países Baixos, na Espanha, na Estónia, na Bélgica, na Bulgária e no Reino Unido no conjunto de requisitos definidos para acesso aos tratamentos proporcionados pela PMA não está incluído o estatuto de casal¹⁰, pelo que se pode considerar a existência de um conceito de parentalidade mais amplo, dissociado do casamento e da

¹⁰ Considerando os 27 Estados-membros da União Europeia, existem outros elementos conceptualizados como requisitos de admissão aos tratamentos proporcionados pelas tecnologias de procriação medicamente assistida para além do estado civil, nomeadamente, uma idade máxima para a mulher e para o homem, o número de ciclos efetuados, o número de embriões transferidos, e, ainda, verificação da existência de HIV ou de registo criminal (ESHRE, 2008). Uma vez que o presente trabalho se debruça sobre as questões da maternidade lésbica, será focado de forma mais aprofundada apenas o critério do estado civil, por ser aquele que mais pode influenciar o acesso das mulheres lésbicas à PMA, tanto em casal, como singularmente. Para informações mais detalhadas sobre os outros critérios, consultar o relatório apresentado em 2008 pela *European Society of Human Reproduction and Embriology*.

orientação sexual. Na Polónia, no Chipre, na Letónia, na Lituânia, na Roménia, na Eslováquia, em Malta, no Luxemburgo e na Irlanda não existe qualquer tipo de requisito de elegibilidade¹¹ (idem), o que parece remeter para a existência de um total acesso aos direitos procriativos a quem deles pretender disfrutar, independentemente de existir situação de conjugalidade e/ou de heterossexualidade. Em solo português, os pré-requisitos socialmente legítimos e legalmente regulados de acesso às tecnologias reprodutivas vão de encontro às representações dominantes de família, de maternidade, de paternidade e de sexualidade, às quais subjazem um conjunto de associações conceptuais: (i) entre casamento e parentalidade; (ii) entre (heteros)sexualidade e procriação; (iii) entre casamento e heterossexualidade; (iv) entre parentalidade e (heteros)sexualidade.

Mas esta análise requer um olhar mais minucioso, sob pena de se deixar escapar elementos importantes na compreensão da proteção jurídica conferida aos casais do mesmo sexo, principalmente no que respeita ao acesso aos tratamentos disponibilizados pela Medicina da Reprodução nos vários países. À primeira vista, os casos dos países enumerados que não exigem o estatuto de casal aos candidatos à ajuda médica para procriar parecem refletir um conceito de maternidade mais amplo, porque menos restrito que o conceito tradicional, associado à família nuclear conjugal. Tendem, no entanto, a reproduzir a associação conceptual entre feminilidade e maternidade. Para além disso, a Alemanha e o Reino Unido preveem, no seu regime jurídico, a comparticipação estatal dos tratamentos disponibilizados por serviços públicos de Medicina da Reprodução apenas para os casos de indivíduos casados (ESHRE, 2008). Mais ainda, são países que registam a impossibilidade legal de realização do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo¹² – existindo, todavia, um instituto jurídico alternativo – (ILGA, 2011), do que decorre que o aparente reconhecimento igualitário de tipos diversos de maternidade é ilusório, parecendo poder argumentar-se existir uma estrutura maternal mais legítima que as demais: a maternidade conjugal e heterossexual, uma vez que só os casais casados é que podem ser estatalmente

¹¹ Existem casos particulares: por exemplo, na Suécia é permitido o acesso de casais lésbicos à PMA, mas não é permitido o acesso a mulheres solteiras; no Reino Unido, é permitido às mulheres solteiras acederem à PMA desde que obtenham um diagnóstico de infertilidade (ESHRE, 2008).

¹² Com base nas informações disponibilizadas pela associação *Ilga Europe – Equality for Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersexual people in Europe* (2011), considerando os 27 Estados-membros da União Europeia, o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo é possível na Dinamarca, nos Países Baixos, na Bélgica, em Espanha, em Portugal e na Suécia. Noutros países existe um instituto jurídico alternativo – a parceria registada, que confere menos direitos aos cônjuges –, nomeadamente na Áustria, na República Checa, na França, na Alemanha, na Irlanda, na Finlândia, na Eslovénia, no Reino Unido, no Luxemburgo e na Hungria. Do conjunto de países que não dispõe de reconhecimento legal das uniões entre pessoas do mesmo sexo estão a Bulgária, a Roménia, a Eslováquia, a Estónia, a Letónia, Malta, o Chipre, a Polónia, a Grécia, a Itália e a Lituânia.

comparticipados durante os tratamentos médicos procriativos, e que o casamento só é possível entre indivíduos de sexo diferente. Quanto ao conjunto de países que não impõe requisitos de admissão à assistência médico-tecnológica para procriar, o facto é que alguns – como o Luxemburgo, a Irlanda, a Eslováquia e Malta – não dispõem de uma lei específica de regulação do uso e aplicação das técnicas de PMA, antes regendo-se por uma lei geral que regula o transplante de tecidos e células e que resulta da transposição da diretiva 2004/23/EC da União Europeia, relativa à qualidade e segurança nestas práticas médicas (ESHRE, 2008). Também nestes países não se pode falar de uma maior aceitação da diversidade de modelos de maternidade, uma vez que o diploma jurídico em vigor permite o acesso de qualquer indivíduo à PMA por se tratar de um serviço de saúde como qualquer outro, não podendo, por isso, existir discriminação em função da orientação sexual no acesso aos serviços de saúde nacionais, com base na Diretiva 2000/43/EC (Conselho da União Europeia, 2000)¹³.

De acordo com a lei que regula a aplicação e o acesso às tecnologias reprodutivas em Portugal, aos casais de pessoas do mesmo sexo é interdita a assistência médico-tecnológica para procriar, apesar de um dos pré-requisitos de acesso ser o casamento – ou a vivência conjugal em condições análogas às dos cônjuges há, pelo menos, dois anos –, e de o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo já ser permitido e juridicamente regulado pela Lei n.º 9/2010, de 31 de maio. Neste contexto, dá-se conta de uma definição jurídica dos casais “adequados” para serem pais: a um tipo de casal *melhor, mais legítimo, e com direitos reprodutivos e parentais*, parece contrapor-se um tipo de casal *inferior, menos legítimo, e sem direitos reprodutivos e parentais*. A única ou, pelo menos, mais aparente variável que subjaz a esta distinção parece ser o sexo dos membros que constituem o casal.

A emergência de tecnologias de PMA em Portugal, aparentando representar a expansão das possibilidades reprodutivas ao permitir a realização do “desejo procriativo”, do “instinto”, do “grito da natureza”, do “chamamento profundo da espécie” (Augusto, 2004), possibilitando atenuar a desigualdade entre aqueles que podem, de forma natural, ter filhos, e aqueles que não podem, funciona como um mecanismo gerador de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde prestados no domínio da Medicina da Reprodução (Silva & Machado,

¹³ Esta diretiva dispõe, no seu Artigo 1.º, que o objetivo é “estabelecer um quadro jurídico para o combate à discriminação baseada em motivos de origem racial ou étnica, com vista a pôr em prática nos Estados-Membros o princípio da igualdade de tratamento”, propondo, no seu Artigo 3.º, que esta disposição se aplica no âmbito do acesso a) ao emprego, b) à proteção social, incluindo a segurança social e os cuidados de saúde, c) aos benefícios sociais, d) à educação, e) e à habitação e a outros bens e serviços colocados à disposição do públicos.

Pode ser consultada em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0043:pt:HTML>. [acedida em 29 de julho de 2012].

2010a). Os atuais beneficiários da PMA são apenas “pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos” (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, Artigo 6.º). Tendo em conta que, desde 2010, é possível o casamento entre pessoas do mesmo sexo, parece surgir aqui uma possibilidade de acesso ao exercício da parentalidade. Esta foi, todavia, vedada pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2010), que, em declaração face a pedidos de esclarecimentos sobre os efeitos decorrentes da aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo no acesso às tecnologias de PMA, argumenta, usando os Artigos 4.º e 2.º da lei, respetivamente, que “as técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação” e que a sua utilização só se pode verificar “mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras”. Conclui, então, declarando que o requisito de posse da doença de infertilidade é um requisito técnico-científico que não pode ser ultrapassado pelo legislador, e, a não ser que se verifiquem alterações legislativas, o acesso dos casais do mesmo sexo à PMA continua interdito (CNPMA, 2010).

A legitimidade do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida na participação da definição dos beneficiários dos tratamentos médicos reprodutivos decorre, explicitamente, dos poderes legais que lhe foram concedidos quando a lei que regula a PMA foi aprovada (Silva, 2008). Foi constituído pela eleição de cinco personalidades por parte da Assembleia da República e pela nomeação de quatro personalidades por parte dos membros do Governo que tutelam a ciência e a saúde (cf. Lei n.º 32/2006, de 26 de julho), sendo que os nove elementos que o constituem são maioritariamente homens, profissionais das áreas da Medicina, da Biologia e da Genética, integrando um jurista e uma socióloga (Silva, 2008, p. 84). A ver pela sua constituição, esta entidade constitui, provavelmente, um palco de lutas simbólicas travadas pela definição dos “doentes adequados” à receção de cuidados terapêuticos no âmbito da medicina reprodutiva (Bourdieu, 1989), ainda que a Medicina acabe por ter preponderância nesse processo, a considerar: (i) pelos argumentos usados na configuração do diploma de regulação da PMA em vigor – *tratamento de situação de infertilidade, de doença grave, de doença genética ou infecciosa*; (ii) pela explicitação do monopólio médico na definição da técnica a aplicar aos casais de beneficiários¹⁴; (iii) pela

¹⁴ “Compete ao médico responsável propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada quando outros tratamentos não tenham sido bem sucedidos, não ofereçam perspectivas de êxito ou

explicitação do monopólio da prestação de serviços no âmbito da medicina reprodutiva por profissionais médicos devidamente qualificados para o efeito¹⁵; (iv) pela explicitação do poder dos médicos de recusa de aplicação das técnicas de PMA nas situações em que assim o entenderem, por questões éticas ou médicas¹⁶; (v) pela referência, mais ou menos explícita, do poder médico para influência dos casais candidatos à PMA a desistirem desse processo e a enveredarem por um processo de adoção, ainda que esta referência seja feita enquanto um “direito dos beneficiários”¹⁷; (vi) da explicitação do poder médico na submissão dos pacientes às suas prescrições¹⁸ (Artigos 11.º, 12.º e 13.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

A subsidiariedade das técnicas de PMA é o principal argumento apresentado para a interdição dos casais lésbicos às tecnologias reprodutivas, assente no paradigma da doença enquanto modelador das situações que visam, de origem, ser resolvidas pela Medicina da Reprodução. O diagnóstico de infertilidade aparece como o elemento que ativa ou inibe a oferta de tratamento médico para procriar, enquadrado num contexto de doença permanente e conjugal. É-o, no entanto, casuisticamente, pois, se considerada no seio conjugal, mas na forma estrutural, como aparenta ser o caso dos casais lésbicos (Dana, 2011), a infertilidade perde autoridade na gestão dos beneficiários dos tratamentos médicos reprodutivos. O argumento de que os casais lésbicos não devem ser elegíveis para acesso à PMA pelo facto de não serem biologicamente inférteis tem sido tratado na literatura dedicada à temática (cf. Cooper & Herman cit. por Bennett, 1997). Mas o exercício da regulação médica na definição de quem são os pais e as mães “adequados” vai para além das justificações de cariz científico, dado que a recusa de permitir que os casais do mesmo sexo acedam à PMA parece residir, também, em razões éticas. A lei, como já foi acima referido, contempla essa mesma possibilidade nos números 2 e 3 do seu Artigo 11.º, pelo que se pode dizer que se a bioética é, “cada vez mais, uma ética normativa, talvez mesmo a mais imperiosa das modalidades da ética aplicada, pois encontrou no direito um aliado estratégico que lhe dá robustez”(Antunes, 2011, p. 14), o poder médico-científico parece ser ampliado, coadjuvado pelo poder jurídico,

não se mostrem convenientes segundo os preceitos do conhecimento médico” (N.º 1 do Artigo 11.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

¹⁵ “São definid[a]s em diploma próprio [...] as qualificações exigidas às equipas médicas e ao restante pessoal de saúde” (N.º 2, alínea a), do Artigo 11.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

¹⁶ “Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a superintender ou a colaborar na realização de qualquer das técnicas de PMA se, por razões médicas ou éticas, entender não o dever fazer” (N.º 3 do Artigo 11.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

¹⁷ “São direitos dos beneficiários [...] ser informados das condições em que lhes seria possível recorrer à adoção e da relevância social deste instituto” (Alínea e) do Artigo 12.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

¹⁸ “São deveres dos beneficiários [...] observar rigorosamente todas as prescrições da equipa médica, quer durante a fase do diagnóstico quer durante as diferentes etapas do processo de PMA” (N.º 1, alínea b), do Artigo 13.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).

através da imposição sub-reptícia de quadros valorativos morais e éticos derivados tanto da componente pessoal do *habitus* dos médicos e dos juristas, como da profissional, por sua vez, culturalmente enformados (Bourdieu, 2002b).

Na esteira de Silva (2008), apesar de não ser algo reconhecido por todos os médicos, a imposição do princípio da diferença de sexos dos membros do casal como condição de acesso à PMA tem na base uma norma cultural que converge com o quadro valorativo vigente e as expectativas do contexto social onde é aplicado. Na mesma linha de pensamento, Augusto (2004) defende que as tecnologias de PMA refletem os valores de quem as cria e as aplica, e são legitimadas pelos significados partilhados socialmente acerca da reprodução. Considerando que “a não perturbação dos valores sociais e das normas culturais ideologicamente dominantes na sociedade portuguesa no âmbito da RMA passa, entre outros aspetos, pela imagem destas tecnologias como uma resposta terapêutica à infertilidade conjugal, que proporciona a concretização do ‘sonho’ dos casais heterossexuais” (Silva, 2008, p. 126), parece estar mais ou menos explícita uma ideologia de maternidade/paternidade segundo a qual as “melhores mães”/“melhores pais” são aqueles que vivem numa relação heterossexual estável. Se a conceção dominante de maternidade parece ter sido ampliada, passando a incluir a possibilidade de conceção de uma criança na ausência de ato sexual, ela foi, ao mesmo tempo, afunilada.

A recente discussão em torno dos projetos de lei apresentados por alguns Grupos Parlamentares no sentido da alteração da lei que regula a PMA representou, todavia, nalguns casos, uma tentativa de ultrapassar as representações sociais dominantes da maternidade enquanto parte necessária de um projeto parental heterossexual. Em termos de calendarização, o Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda apresentou, ainda em novembro de 2011, o seu projeto¹⁹, seguido pelo Partido Socialista, que apresentou em janeiro de 2012²⁰, por cinco

¹⁹ Projeto de Lei n.º 122/XII – *Garante o acesso de todas as mulheres à procriação medicamente assistida (PMA) e regula o recurso à maternidade de substituição, procedendo à segunda alteração à lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pela lei n.º 59/2007, de 4 de setembro*. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d6a497457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl122-XII.doc&Inline=true> [acedido a 9 de junho de 2012].

²⁰ Projeto de Lei n.º 131/XII – *Procede à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pela lei n.º 59/2007, de 4 de setembro, consagrando exceções à proibição de recurso à maternidade de substituição*. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a457457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl131-XII.doc&Inline=true> [acedido a 9 de junho de 2012].

deputados do mesmo grupo, que apresentaram o seu projeto em janeiro de 2012²¹, e pelo Partido Social Democrata, que apresentou, igualmente, em janeiro de 2012²² (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012, p. 3).

As iniciativas legislativas do Partido Socialista e do Partido Social-Democrata assumem a admissão excecional do recurso à maternidade de substituição, pretendendo manter o requisito de casal casado – ou unido de facto – de sexo diferente como necessário para submissão legal aos tratamentos médicos reprodutivos. As iniciativas legislativas de cinco deputados do Partido Socialista e o Bloco de Esquerda, além do objetivo de legalização da maternidade de substituição em determinadas situações clínicas, pretenderam introduzir alterações na configuração das técnicas de PMA de modo a que estas passassem a ser consideradas métodos complementares de procriação passíveis de ser acedidos por casais lésbicos e mulheres singulares (idem). Tanto uma proposta, como outra, sugerem a alteração do Artigo 6.º no sentido de eliminar a obrigatoriedade de as beneficiárias serem casadas ou unidas de facto com indivíduo de sexo diferente²³ (idem), pois, de acordo com o Bloco de Esquerda (2005, p. 3), “não se descortina uma razão válida que justifique a exigência da condição de casado ou equivalente para poder aceder às técnicas da PMA, desde logo porque a procriação natural não o exige – para ter filhos é indiferente ser ou não ser casado”. Ademais, pretendem ver eliminada a exigência de diagnóstico de infertilidade, bem como a de diagnóstico de doença grave ou genética, de modo a que “a lei deixe de opera[r] uma discriminação que dificilmente se mostra compatível com a garantia do princípio da igualdade (artigo 13.º)” e passe a estar em conformidade “com uma visão integrada do direito a constituir família, plasmado no artigo 36.º e entendido na sua plenitude de concessão de proteção jurídico-constitucional às múltiplas manifestações que o conceito de família hoje integra” e a “assegur[ar] plenamente a realização do direito ao livre desenvolvimento da

²¹ Projeto de Lei n.º 137/XII – “Segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alargando o âmbito dos beneficiários das técnicas de Procriação Medicamente Assistida e admitindo o recurso à maternidade de substituição. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a637457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl137-XII.doc&Inline=true> [acedido a 9 de junho de 2012].

²² Projeto de Lei n.º 138/XII – “Altera a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a677457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl138-XII.doc&Inline=true> [acedido a 9 de junho de 2012].

²³ A proposta contém também as sugestões de alteração “[d]o artigo 19.º, quanto ao recurso ao espermatozóide de dador, e [d]o artigo 20.º relativo à presunção de parentalidade (tanto no sentido de criar uma presunção em benefício do outro membro do casal que tenha consentido a inseminação, quanto no sentido de permitir o registo apenas da maternidade e de dispensar a averiguação oficiosa de parentalidade nos casos em que se tratar de uma mulher solteira)” (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012, p. 7).

personalidade, plasmado no n.º 1 do artigo 26.º da Lei Fundamental” (Partido Socialista, 2005, pp. 2-3). Ambos os projetos de lei foram rejeitados por deliberação parlamentar a 20 de janeiro de 2012²⁴. Até à data, a lei mantém-se.

Contrariando a ideia de que todas as mulheres são sujeitas a pressões sociais para serem mães como forma de realização pessoal (Augusto, 2004), segundo Peterson (2005), existem determinados grupos de mulheres aos quais tem sido e continua a ser tradicionalmente negado o acesso às tecnologias de PMA – nomeadamente, as mulheres solteiras e as mulheres lésbicas –, argumentando-se representarem casos que vão “contra a natureza”, não serem mães “adequadas”, ou de constituírem estruturas familiares “inaceitáveis”. Outro argumento, exclusivamente usado para os casos dos casais lésbicos, é o das consequências nefastas para o desenvolvimento psicológico da criança devido à ausência de um modelo masculino, o que poderia provocar experiências de confusão quanto à identidade de género e à sexualidade, aumentando a probabilidade de virem a considerar-se homossexuais (Clarke & Kitzinger, 2005; Thompson cit. por Padavic & Butterfield, 2011; Hicks, 2005). As consequências associadas à ausência de um pai são apontadas por Morgan (cit. por Donovan, 2000), e resumem-se à falta de disciplina, à propensão para comportamentos delinquentes e criminosos, para além da falta de apoio financeiro. Face a estes argumentos, as mulheres solteiras e as mulheres lésbicas defendem-se dizendo que o facto de não estarem envolvidas com um homem não significa que não estejam presentes na vida das crianças modelos masculinos, uma vez que existem homens nas suas famílias de origem, bem como no contexto social mais vasto (idem). Para além disso, Ryan-Flood (2005) dá conta de casos de casais lésbicos que, na sua opção reprodutiva, contemplam a solução de recorrer a um dador de sémén conhecido para que este possa ter um papel ativo na vida da criança.

Os mais conservadores argumentam que ter duas mães – ou dois pais – é prejudicial para as crianças, ainda que este tipo de argumentos pareça não ser suportado pelos dados existentes. A *American Academy of Pediatric’s Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health*, em relatório produzido em 2002, forneceu uma síntese conclusiva de

²⁴ A iniciativa legislativa do Bloco de Esquerda foi rejeitada com os seguintes votos : (i) Contra: PSD, PS, CDS-PP, PCP; (ii) A favor: BE, PEV, 1 deputado do PSD e 10 deputados do PS; (iii) Abstenções de vários deputados do PSD e do PS (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012). A iniciativa legislativa dos cinco deputados do Partido Socialista foi rejeitada com os seguintes votos: (i) Contra: PSD, PS, CDS-PP, PCP; (ii) A favor: BE, PEV, vários deputados do PS e 1 deputado do CDS-PP; (iii) Abstenções de vários deputados do PS, do PSD e do CDS-PP (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, 2012).

estudos sobre homo-parentalidade que refletia a ausência de diferenças entre as crianças criadas no seio de casais do mesmo sexo e no seio de casais de sexo diferente (Dana, 2011, p. 374). O argumento da possível confusão de gênero da criança foi considerado inadequado, não existindo, entre centenas de crianças estudadas, sinais de confusão de identidade de gênero, de desejo de ser do sexo oposto, ou de se envolver em comportamentos associados a travestismo (Sears & Hirsch cit. Dana, 2011, p. 375). Também “não foram encontradas diferenças nas preferências relativas a brinquedos, vestuário e amizades entre as crianças criadas por pais homossexuais em comparação com as crianças com pais heterossexuais” (ibidem). O argumento de que as crianças com pais/mães do mesmo sexo têm maior probabilidade de sofrer de problemas emocionais e sociais, revela-se, igualmente, errôneo, uma vez que não foram encontradas diferenças quanto à personalidade, à autoestima, a dificuldades comportamentais, ao sucesso acadêmico e à qualidade das relações familiares (ibidem). No mesmo sentido vão as conclusões dos estudos comparativos entre a maternidade heterossexual e a maternidade lésbica que têm sido realizados (Clark & Kitzinger, 2005; Green et al., 1986; Hicks, 2005; Patterson, 2001; Ryan-Flood, 2009).

Ainda assim, enquanto se dá a ideia de que se assiste a uma aceitação da diversidade sexual, vão-se desenvolvendo mecanismos de limitação dessa aceitação. E porque “aquilo que é ‘aqui e agora’ apresentado a mim na vida quotidiana é o *realissimum* de minha consciência”, sendo que a realidade social que agora se apresenta é construída e experimentada com base em graus diversos de distância temporal e espacial (Berger e Luckmann (1973, p. 39), afigura-se necessário fazer uma incursão histórica ao processo de construção social da lésbica que está na base das representações sociais dominantes negativas da maternidade lésbica, ao qual a Medicina e o Direito não foram alheias.

1.3. A *espécie* lésbica discursivamente construída: o processo de peritagem do sexo

Os discursos sobre o sexo emanados de instâncias de poder – religiosas, médicas e jurídicas – começaram a proliferar de forma acelerada a partir do século XVIII, ainda que já no século anterior se tivesse iniciado, pelo menos no campo religioso, o processo ascético e monástico de “colocação do sexo em discurso”, considerado um dever a ser cumprido pelo “bom cristão” (Foucault, 1999, pp. 23-24). Depois do silêncio Vitoriano a que parece ter sido remetido, “a pastoral cristã inscreveu, como dever fundamental, a tarefa de fazer passar tudo o

que se relaciona com o sexo pelo crivo interminável da palavra” (ibidem). A partir de meados do século XIX, todavia, a centralidade da religião perde força face ao discurso médico-científico (Brandão, 2007, p. 116). Se a Medicina passou a ter sob o seu jugo a intimidade dos casais, patologizando as “práticas sexuais incompletas” com base em causas orgânicas, funcionais ou mentais, associando-as a “prazeres anexos” e a “perturbações do instinto” (Foucault, 1999, p. 41), o Direito, no sentido de regular as práticas sexuais emergentes, passou a controlar esses “pequenos atentados, [...] ultrajes de pouca monta, perversões sem importância” (Foucault, 1999, p. 32). A eleição do sexo como preocupação médica parece ter surgido simultaneamente à intensificação da sua condenação legal (Brandão, 2007, p. 119), pelo que se pode dizer que a Medicina e o Direito são, historicamente, duas agências de regulação social que, de forma imbricada, têm vindo a definir – não sem dinâmicas de consensos e conflitos – quais são os comportamentos sexuais “adequados”, com base em modelos normativos de género e de sexualidade.

A expansão dos discursos médicos sobre o sexo tem como pano de fundo um cenário de industrialização, urbanização e migração, fenómenos que realçaram a preocupação com a sexualidade por ser considerada o veículo de reprodução populacional e, hipotética ou realmente, de reprodução epidémica (Brandão, 2007; Moita, 2001), levando o Estado a reforçar as suas intervenções e a tornar-se num “instrumento de medicalização que permite à generalidade dos médicos penetrar na intimidade das famílias” (Ferro, 1999, p. 165). A população passa a ser encarada como um problema tanto económico, como político – não fosse ela considerada força de trabalho e fonte de riqueza –, pelo que a conduta sexual dos indivíduos passou a ser analisada de forma mais fina sob o pretexto de o futuro – social, político e económico – de uma sociedade depender da forma como cada indivíduo usava o seu sexo (Foucault, 1999, p. 29). A prática sexual passa a ser vigorosamente reprimida por se incompatibilizar com uma entrega forte e total ao trabalho, com base na ideia de que a força de trabalho não poderia “dissipar-se nos prazeres, salvo naqueles, reduzidos ao mínimo, que lhe permitem reproduzir-se” (Foucault, 1999, p. 11). Até ao final do século XIX as atividades sexuais não procriativas, principalmente quando incluíam perda de sémen, eram consideradas debilitantes devido ao consumo de energia nervosa que implicava o enfraquecimento corporal e cerebral, e a perda de faculdades mentais (Moita, 2001, p. 64).

O princípio da contenção sexual não foi alheio à tentativa burguesa de mobilidade social ascendente (Brandão, 2007, p. 118). O puritanismo burguês pode ser associado ao espírito capitalista, nomeadamente à crença de que emitir sémen no contexto de práticas sexuais, de alguma forma, não reprodutivas significaria a perda de uma força vital finita

(Greenberg cit. por Brandão, 2007, p. 118). Pensando-se que a ejaculação de sémen representava um gasto de energia, o seu dispêndio devia ser moderado sob pena de a sua perda afetar outras esferas da vida (Oosterhuis cit. por Brandão, 2007, p. 119). Para além disso, acreditava-se que provocava, nos homens, o “surgimento de acne, palidez, olhar manhoso, consumo de tabaco, irreverência, incontinência noturna e roer de unhas” (Bullough cit. por Moita, 2001, p. 65) e, nas mulheres, não praticar o coito vaginal com fins procriativos provocava consequências acrescidas, nomeadamente, “ataques de histeria, icterícia incurável, violentas câibras no estômago, dor no nariz, ulceração da cérvix e os tremores uterinos que as privavam da decência e da razão reduziam-nas ao nível dos brutos lascivos e levavam-nas a amar mulheres mais do que homens” (Bullough cit. por Brandão, 2007, p. 119).

É de notar que a tentativa de afirmação burguesa foi favorecida pelo interesse de afirmação também da profissão médica, contribuindo cada uma para a legitimação da outra. À burguesia interessava ser apoiada para a obtenção dos seus objetivos e à classe médica importava ser reconhecida e respeitada por via da associação à moral sexual conservadora burguesa, bem como dominar uma esfera de produção de discursos e saberes anteriormente controlada pelos sacerdotes (Greenberg cit. por Brandão, 2007, p. 120). O processo de medicalização da sexualidade e o concomitante enfraquecimento do poder moral e religioso sobre a mesma podem ser enquadrados num conjunto de lutas de poder desenvolvidas no sentido da afirmação tanto de disciplinas científicas, como de atores singulares ou coletivos que delas podiam retirar algum proveito (Katz cit. por Brandão, 2007, p. 117).

A regulação do corpo e do sexo, para além de efeitos de interdição, ou, pelo menos, de tentativa de redução de determinadas práticas sexuais, possibilitou, igualmente, a expansão de diversas formas de sexualidade, “toda uma germinação perversa e uma séria patologia do instinto sexual” (Foucault, 1999, p. 46-47). Assim, se as sociedades ocidentais do século XIX tentaram reduzir a sexualidade ao casal heterossexual, não pode deixar de se considerar que inventou, organizou e veiculou formas de “sexualidade circulante” (Foucault, 1999, p. 45). Só a partir da segunda metade do século XIX se reuniram as condições indispensáveis que permitiram falar de uma identidade homossexual, integradas numa configuração histórico-sócio-cultural particular que proporcionou o processo de categorização das práticas sexuais, originando a categoria da homossexualidade (Jiménez, 2002, p. 14). Com a emergência e a consolidação científica da Sexologia e da Psiquiatria desenvolve-se um sistema de classificação sexual amparado, por um lado, pelo processo de medicalização da sexualidade, caracterizado pela perda de centralidade do discurso religioso para o discurso médico e pela recolocação do sexo no domínio da saúde e da doença, e não mais no do pecado e da

santidade, e, por outro lado, e em simultâneo, pela imposição de um modelo de (hetero)sexualidade falocêntrica e procriadora, que permitiu patologizar todas aquelas que dele se afastam (Brandão, 2007, p. 116). Este processo parece ter-se desenvolvido a dois níveis: a nível institucional, a regulação era feita a partir de uma ideologia patriarcal de família; a nível individual, o foco era numa ideologia de ascetismo pessoal (Turner cit. por Scheper-Hughes & Lock, 1987, p. 28).

Se, no decorrer do século XVIII, aqueles que apresentavam “sexualidades periféricas”, i.e., que se afastavam do modelo de prática heterossexual, “carrega[v]am sucessivamente o estigma da ‘loucura moral’, da ‘neurose genital’, da ‘aberração do sentido genésico’, da ‘degenerescência’ ou do ‘desequilíbrio psíquico’ (Foucault, 1999, p. 41), e se até meados do século XIX a homossexualidade é considerada uma “falha moral” dos indivíduos (Oosterhuis cit. por Brandão, 2007, p. 116), a partir deste período emerge a ideia de que um dos elementos definidores das identidades individuais é a atração erótica e sexual por um objeto específico. A obra de Heinrich Kaan, *A Psychopathia Sexualis*, datada de 1846, marca o processo de autonomização do sexo com a correspondente estabilização da sua discursificação medicalizada, onde a perversão tomou o lugar da devassidão e da extravagância, categorias morais que anteriormente classificavam as práticas sexuais não normativas (Foucault, 1999, p. 111).

Com a consolidação da *scientia sexualis* procede-se a um processo de categorização dos indivíduos com base no seu objeto de desejo erótico e desenvolve-se a “psiquiatrização do prazer perverso”, levando a que “a homossexualidade se tornasse o centro organizador do discurso sobre o desvio” (Lanteri cit. por Corrêa & Arán, 2008, p. 200). O sexo foi, então, eleito como *locus* da identidade (Brandão, 2007, p. 111). Mais do que determinante para a definição de uma identidade sexual, o sexo, entendido aqui como prática sexual, assumiu-se, primeiramente, como elemento desestabilizador da identidade de género, na medida em que os pervertidos apresentavam comportamentos sexuais considerados não adequados ao seu sexo biológico, e, por arrasto, ao seu género. Em termos teóricos, este pressuposto é refletido nas obras de Krafft-Ebing – *Psychopathia Sexualis* (1886) – e de Havelock Ellis – *Studies in the Psychology of Sex* (1896-1928) –, que assumem a existência de uma polaridade natural de género e de uma atração sexual pelo sexo oposto orientada para a reprodução biológica (Katz cit. por Brandão, 2007, p. 122). De acordo com esta perspetiva, as práticas sexuais não reprodutivas são remetidas para o nível do patológico, do perverso, e, quando muito, do desviante (ibidem). Tanto numa obra, como noutra, se encontra a ideia de que o homoerotismo constitui uma experiência de atração sexual não correspondente ao sexo biológico

dos indivíduos, pelo que, assim, Krafft-Ebing o considera uma “perversão” e Havelock Ellis o classifica como um “desvio” ou uma “inversão” (Katz cit. por Brandão, 2007, p. 125). Quanto à origem desta “perversão” ou “inversão”, as posições variam entre a congenitalidade e a aquisição culturalmente determinada (Bristow cit. por Brandão, 2007, p. 125), e, logo, entre a propensão ora para a procura de sintomas físicos, morfológicos e anatómicos, indiciadores de degenerescência congénita, ora para a procura de sinais psicológicos e sociológicos que permitissem comprovar a aquisição da “inversão sexual” (Brandão, 2010, p. 312)²⁵. Dentre os fatores causadores desta forma de prática sexual, os inatistas apontam características físicas ou malformações hereditárias, incluindo a perversão sexual na categoria de “insanidade mental”, interpretando-a como “um sintoma mais ou menos acentuado conforme o grau de degenerescência que seletivamente destruiria as faculdades morais” (Santos cit. por Moita, 2001, p. 71). Já os defensores da perspectiva oposta argumentam que a perversão sexual é causada pelo uso excessivo dos órgãos genitais (Moita, 2001, p. 71).

À semelhança dos médicos europeus, também os portugueses se envolviam nos debates teóricos sobre a etiologia da homossexualidade (Brandão, 2007). Um argumento, de alguma forma, de síntese entre ambas as perspectivas é apresentado por Moniz (1902, p.126, 111) quando declara que “a homossexualidade, como quasi todas as outras perversões, pode ser uma forma de neuropathia congenita ou ainda um mal adquirido”, ainda que depois emergja, implicitamente, a preponderância do biológico sobre o social quando afirma que “as perversões homossexuaes não são accidentaes, mas nitidamente pathologicas, sobrevivendo em condições determinadas”.

O pressuposto de que a masculinidade e a feminilidade são exteriorizadas por via da apresentação de *hexeis* corporais específicas, convergentes com o género biologicamente determinado, enformou as produções médico-científicas acerca da sexualidade (Brandão, 2010, p. 312). As construções teóricas dominantes sobre a inversão sexual frequentemente apontavam no sentido de que o “homossexual ‘verdadeiro’ era sempre efeminado e a lésbica ‘verdadeira’ era sempre máscula”²⁶ (Terry cit. por Brandão, 2010, p. 312). Para além de

²⁵ A propósito da sintomatologia física, por exemplo, para um médico francês do século XIX (Ambroise Tardieu), “mesmo na ausência de qualquer atividade sexual, um pénis muito desenvolvido e com a ponta adelgada, assemelhando-se ao de ‘um cão’, era indicador de um ‘pederasta ativo’ e [...] um ânus mole com falta de pregas radiais era indicador de um ‘pederasta passivo’” (Hekma cit. por Moita, 2001, p. 73).

²⁶ Desta forma, se, “em geral, a physionomia e as maneiras exteriores das tribades nada apresentam de particular”, sendo que “[...] as mulheres que têm o rosto coberto de pêllos como o dos homens não estão por isso particularmente predispostas á inversão sexual”, todavia, “muitas vezes, apresentam traços masculinos quer na sua conduta, quer ainda nas linhas geraes do rosto” (Moniz, 1902, p. 160). Em termos morfológicos e fisionómicos, a mulher erótica e sexualmente atraída por mulheres, considerando uma análise a uma paciente feita por um médico português, tem “pescoço curto, grosso, antes másculo que feminino”, ainda que “de convexidade ligeira na face anterior, o que é próprio do colo feminino, mas com pomo de Adão palpável e

materializado através de um veículo corpóreo que deve exibir formas e traços específicos, o género “coisifica-se” por via da exteriorização de gostos distintivos por meio dos quais se delimita e se torna performativamente perceptível enquanto *um* ou *uma*, *ele* ou *ela*. Quando o corpo *dela*, contudo, se envolve em gostos *dele*, parece, no contexto da construção teórica da época, estar-se em presença daquilo que Foucault (1999, p. 44) designa de “androginia interior” ou “hermafroditismo da alma”²⁷. Operando sempre em dependência do género, as construções teóricas explicativas da homossexualidade aproximaram-se da falibilidade ao não conseguirem enquadrar na categoria de “invertida” as mulheres que, atraídas erótica e sexualmente por outras mulheres, exibiam traços de feminilidade (Terry cit. por Brandão, 2010, p. 319). A *femme*, do par *butch/femme*, que se traduz na lésbica masculina e na lésbica feminina, respetivamente, reflete bem esta dificuldade (Brandão, 2010). Enquanto a *butch* é a verdadeira invertida que não desafia a classificação dicotómica de género, uma vez que a sua “apresentação ‘masculina’, expressa não só no vestuário, mas também na gestualidade, na postura e nas atitudes” se desajusta dos ideais de feminilidade e permite enquadrá-la no *outro* pólo, a *femme*, exibindo traços de feminilidade que não permitem reconhecê-la como lésbica – não se reconhecendo, por vezes, ela própria enquanto tal –, surge como uma figura problemática que não cabe nem num, nem noutro pólo, à luz das teorias médicas desenvolvidas (Brandão, 2010, p. 320). A *miss feminista* e a *garçoa* são as figuras correspondentes em Portugal (ibidem). Se a primeira, “‘pelo seu cérebro de homem’ só pode ser uma invertida verdadeira”, à segunda “sobrará ainda um resto de ‘pura feminilidade’, e esta passa pelo corpo (disponível)” (Abranches cit. por Brandão, 2010, p. 320), sendo, por isso, vista como “supostamente recuperável para a heterossexualidade” (Faderman cit. por Brandão, 2010, p. 320).

Considerando a produção teórica médico-científica em contexto português, pode dizer-se que não existe apenas uma designação para a homossexualidade feminina (Brandão, 2010,

saliente, o que é apanágio dos indivíduos masculinos”(Aguiar cit. por Brandão, 2010, p. 316). Acrescenta, também, que se “vista nua, sem que deixe dúvidas estar-se em presença de uma pessoa do sexo feminino, impressiona por certos detalhes de modo a fazer presumir que ela se distancia um pouco do tipo feminino normal” (ibidem).

²⁷ Segundo descrições médicas portuguesas, “a tribade passa uma vida íntima de torturas por não ter nascido homem: ella e o uranista completar-se-hiam operando uma troca de órgãos sexuaes”, pois, no caso da mulher, pode dizer-se que “dentro d’uma forma feminina, existe uma alma de homem”, o que se traduz no facto de que ela “sente-se vigorosa para a lucta”, “attrahem-na mais as sciencias do que as artes: estima mais o seu cavallo e a espingarda com que se entrega aos mais violentos generos de *sport*, do que o piano e a machina de costura (Moniz, 1902, p. 161). Também para Aguiar (cit. por Brandão, 2010, p. 316), a sua paciente “invertida”, que designa por A., é vista como “uma mulher [...] que cedo opta por se vestir como um homem, que não gosta dos ‘mesteres femininos’”, o que parece comprovar que “se está na presença de uma mulher que o não é, certeza aparentemente secundada pelo facto de a própria A. declarar que ‘gostaria de ter nascido homem’ e de se irritar ‘quando lhe dizem que é uma mulher’”.

p. 314). A noção de *lesbismo* – que, posteriormente, evoluiu para *lesbianismo* – é aquela que, para Moniz (1902, p. 109), com maior propriedade etimológica pode ser aplicada como designação geral, por enquadrar a maior parte das manifestações possíveis da prática sexual entre mulheres. Engloba “a masturbação boccal”, bem como “as praticas da mutua masturbação manual, os toques anaes pelos dedos, as fricções voluptuosas” (Moniz, 1902, p. 109-110). Para Aguiar (cit. por Brandão, 2010, p. 314), a mulher que mantém práticas sexuais com outras mulheres pode ser homossexual ativa ou passiva, sáfica ou tríbade, e verdadeira – associada à tríbade e à ativa – ou falsa – associada à sáfica, que é aquela que foi seduzida por uma mulher decadente, que não consegue manter relações bem sucedidas com homens, ou que por eles é rejeitada. Estas conceptualizações das práticas sexuais exclusivamente femininas e das suas intervenientes refletem, de forma mais ou menos explícita, modelos normativos de género e de sexualidade a partir dos quais todos os outros são definidos, simultaneamente, por oposição e por associação²⁸. A atividade e a passividade sexuais genderizadas – masculina, a primeira, e feminina, a segunda –, quando enquadradas no seio das relações eróticas e sexuais entre mulheres, problematizam o conjunto sexo-género-sexualidade. Vistas como “uma certa maneira de interverter, em si mesmo, o masculino e o feminino” (Foucault, 1999, p. 43), se representam uma possibilidade de resistência aos princípios de estruturação simbólicos que subjagam as mulheres à dominação masculina, a aplicação de esquemas percetivos que são produto da dominação em contextos relacionais de género onde, supostamente, estariam libertas da condição de dominadas contribui, ela própria, para a sua reprodução (Bourdieu, 2002a). Isto não quer dizer que o poder se situa sempre do mesmo lado, especialmente se se considerar a intercambialidade de papéis sexuais provavelmente existentes. Em maior ou menor grau, haverá sempre uma mulher que, a dado momento, assumirá a posição correspondente ao “sobre”, ao “seco”, ao “quente”, ao “móvel”, ao “ativo”, enquanto a outra assume a posição correspondente ao “sob”, ao “húmido”, ao “frio”, ao “imóvel”, enfim, ao “passivo” (Bourdieu, 1989).

A lésbica, estava, então, *criada*. A atribuição de nomes a práticas sexuais e a respetiva transposição para os seus intervenientes personificou novos tipos de mulheres, i.e., “a caça às sexualidades periféricas provoc[ou] a incorporação das perversões e nova especificação dos indivíduos” (Foucault, 1999, p. 43). Se a Medicina, por mão dos peritos do sexo, criou a

²⁸ A descrição de Moniz (1902, p. 164-165) das manifestações sexuais conjuntas entre duas mulheres afigura-se relevante na justificação deste argumento: “As tribades praticam entre si varias junções sexuaes, sendo umas mais vulgares do que outras. Umas tentam praticar a copula imperfeita por meio da introdução do clitoris na vulva, o que me parece exequível em alguns casos, tanto mais que as praticas safficas alongam muito os clitoris [...]. Outras praticam a manualização mutua, mas a maior parte dedica-se á pratica *cunilingus*, isto é, ao saffismo. Neste caso a *mulier lambens* gosa o papel ativo, a outra o papel passivo”.

lésbica, incluindo-a na cena social, concomitantemente, contribuiu para a sua exclusão da esfera do que é normal, natural e normativo, concretizada pela mão dos peritos da lei. Este processo, todavia, revelou-se central na definição dos indivíduos, contribuindo tanto para a reprodução social, quanto a modificação da ordem social vigente, dado que a construção de identidades em torno da prática (homos)sexual impulsionou, posteriormente, a reivindicação de direitos específicos para e por parte daqueles que se desajustavam da norma (heteros)sexual estabelecida (Brandão, 2007). À luz de Ferro (1999, p. 149), parece ter-se assistido a um ponto de viragem a partir do momento em que o “doente”, não se sentindo mais culpado, afirma ter direitos, defendendo-os e recusando a competência da autoridade atribuída ao médico²⁹. Assim, a “homossexualidade pôs-se a falar por si mesma, a reivindicar a sua legitimidade ou sua ‘naturalidade’ e muitas vezes dentro do vocabulário e com as categorias pelas quais era desqualificada do ponto de vista médico” (Foucault, 1999, p. 96). Em finais da década de 1960, início da década de 1970, as lésbicas – tanto quanto os gays – começam a reivindicar a “igualdade na diferença”, numa postura mais subversiva que apela ao direito a ser diferente, criticando-se a heterossexualidade normativa e reivindicando-se os “direitos gays” (Richardson, 2004). O discurso da “igualdade como similaridade” foi adotado na década de 1980 (Richardson, 2004), partindo-se de uma perspectiva assimilacionista marcada pela afirmação da semelhança face às mulheres – e aos homens – heterossexuais e pela reclamação de igual proteção perante a lei no âmbito do emprego, da segurança social, do reconhecimento legal das suas relações e da maternidade/paternidade (Weeks, 2009). Em Portugal, essa proteção foi conseguida só até certo ponto.

1.4. Momento-síntese

Uma análise diacrónica permite argumentar que a Medicina e o Direito têm construído discursos que, constituindo sistemas simbólicos (Bourdieu, 1989), exercem poder de regulação sobre dimensões como a sexualidade, a procriação e a maternidade. Paralelamente, permite argumentar que, nesse ímpeto regulatório, disponibilizam novas opções de vivência individual da sexualidade e da reprodução, entre elas o acesso às técnicas de procriação medicamente assistida. Mas se permitem a dissociação entre alguns esquemas conceptuais que têm sustentado os seus discursos, nomeadamente de que a procriação deve resultar do ato sexual, reproduzem, todavia, outras associações conceptuais, principalmente a de que a

²⁹ Para uma incursão pelo ativismo gay e lésbico português, consultar Cascais (2006).

procriação deve resultar da junção – natural ou medicamente manipulada – do material biológico masculino e feminino. Delimitam, desta forma, o acesso à assistência médico-tecnológica para procriar com base em modelos normativos de género e de sexualidade (Silva, 2008), e, como tal, somente àqueles que se encontrem em situação de conjugalidade heterossexual, manutenção que é feita por via da imposição do diagnóstico de infertilidade como requisito obrigatório para beneficiar dos serviços médicos (Lei 32/2006, de 26 de julho).

Contextualizando no quadro legislativo da União Europeia, dos países que disponibilizam serviços médicos no âmbito da medicina reprodutiva, Portugal é o único que, explicitamente, impõe pré-requisitos de acesso que reproduzem *habitus* de género que devem reiterar performativamente a *doxa*, enquanto adesão não questionada à ordem social – e sexual – vigente (Butler, 1999; Bourdieu, 1989). As técnicas de PMA estão delineadas e legislativamente reguladas de forma a que se reproduza o ideal maternal que incorpora a ideia de complementaridade entre a mulher/mãe e o homem/pai (Soares, 2010), argumentando-se que as mulheres que, por uma ou outra razão, desvirtuem essa dinâmica não sejam consideradas mães “adequadas” (Petersen, 2005). Os casais lésbicos, como as mulheres singulares, estão, neste sentido, excluídas do conjunto de beneficiários. Para alguns segmentos da comunidade lésbica e do movimento feminista esta interdição constitui, no entanto, um mecanismo de salvaguarda dos casais lésbicos e das mulheres na participação num processo de reprodução social dos modelos familiares baseados na norma heterossexual procriativa (Silva, 2008). Críticas feministas avançam com os argumentos de que as técnicas de PMA constituem novas formas de submissão dos corpos femininos às necessidades masculinas, bem como de reforço da heterossexualidade como norma ao impelir as mulheres sem filhos a recorrerem a apoio médico para o fazerem (Charo, 1997; Anleu, 1997).

Os discursos históricos construídos em torno da homossexualidade – tanto masculina, como feminina – adquirem, ainda, capacidade explicativa da interdição dos casais do mesmo sexo aos direitos reprodutivos e parentais. A definição médica e jurídica de quem pode, ou não, procriar, parece representar um *continuum* do processo de medicalização da sexualidade empreendido por ambas as instituições – a Medicina e o Direito – no século XIX (Foucault, 1999). A Sexologia e a Psiquiatria adotaram como foco de intervenção as práticas sexuais, desenvolvendo um processo de classificação sexual em função do objeto de desejo erótico dos indivíduos (Brandão, 2007). Concomitantemente, foi imposto, de forma sub-reptícia, um modelo normativo de (hetero)sexualidade assente no objetivo procriativo, que remeteu todos os outros para um nível de perversão e/ou desvio (idem). A categoria da lésbica surge neste

contexto e passa a englobar mulheres que, segundo as teorias médicas, apresentam uma divergência entre o gênero e o sexo biológico, exteriorizando traços fisionômicos masculinos (Brandão, 2007). A sua capacidade maternal parecia, assim, estar comprometida, a ver pela desadequação do seu *habitus* (supostamente menos) feminino ao ideal de feminilidade que devia reproduzir (Bourdieu, 2002b). Desde então, por atuação regulatória da Medicina e do Direito, as mulheres cujo objeto de desejo erótico é alguém do mesmo sexo veem-se privadas das vivências normativas relativas, entre outras, às questões da maternidade. Que argumentos são atualmente mobilizados pelos produtores e veiculadores centrais – médicos e juristas – dos discursos acerca do lesbianismo é um dos objetivos que aqui se propõe. A forma como foi perseguido é abordada no capítulo seguinte.

Capítulo 2. Trilhando caminhos: Momentos-chave do trajeto metodológico

Falar de representações sociais implica falar de um tipo de conhecimento que é produzido e partilhado coletivamente, mapeando a atividade social dos indivíduos (Vala, 1993), constituindo, por isso, “teorias sociais práticas” (Cabecinhas, 2004, p. 126). Enquanto sistemas de significações que permitem construir imagens da realidade e agir em conformidade, as representações sociais emergem da ação individual social e culturalmente contextualizada (Jodelet, 1993, p. 9), pelo que o investigador, na sua análise, deve atender ao facto de que não refletem o real, mas uma construção da realidade (Herzlich, 1991, p. 29). Atendendo à perspectiva de Jodelet (1993, p. 9), as representações sociais adquirem conteúdos que refletem tanto traços do objeto que visam representar, como um cunho pessoal de quem as produz e/ou partilha, pelo que acabam por constituir uma construção e uma expressão dos sujeitos, levadas a cabo, de acordo com Moscovici (1988), através da interação e da comunicação socialmente estabelecidas. Este empreendimento construtivo parece ser, de alguma forma, influenciado pela posição social ocupada pelos indivíduos, pelo enquadramento sócio-histórico-cultural e pela moldura ideológica que os orienta, dando origem a representações sociais distintas e diferentemente organizadas (Plon cit. por Jodelet, 1993, p. 14). O estudo das representações sociais deve permitir perceber quais as raízes espaço-temporalmente contextualizadas que as antecedem e lhe sucedem (Herzlich, 1991, p. 32), sendo que compreender os conteúdos representacionais construídos e veiculados por grupos específicos de indivíduos sobre determinado fenómeno requer a compreensão do seu contexto social de produção, de forma a perceber quais os elementos estruturais que os modelam e que por eles foram modelados. Remete, portanto, para a necessidade de uma abordagem dialética que permita a apreensão simultânea dos significados individuais atribuídos aos fenómenos e das condições estruturais que os enformam, de forma a desenvolver teorias compreensivas com maior capacidade analítica e heurística. A metodologia qualitativa afigura-se como aquela que permite, com maior primor, o desenvolvimento dessa tarefa através do acesso, em primeira mão, aos discursos subjetivos, por sua vez, estruturalmente influenciados, e foi nesse sentido que foi mobilizada no estudo das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica, que constituem o objeto teórico deste trabalho.

Captar os discursos acerca da maternidade, em geral, e da maternidade lésbica, em particular, e perceber quais os elementos que os caracterizam – argumento central, argumentos que o sustentam, lógicas discursivas que permitem perceber como é que as

posições face à maternidade lésbica são construídas –, tendo sempre em consideração o enquadramento da pesquisa no âmbito da procriação medicamente assistida, é o objetivo geral da investigação que dá corpo a esta dissertação. Porque o objeto teórico definido se situa na convergência de dois níveis de análise distintos e complementares, o microsociológico – representações subjetivas de indivíduos específicos – e o macrosociológico – contexto sócio-histórico que as condiciona e/ou potencia –, considerou-se que a forma mais pertinente de ser estudado seria a partir de uma abordagem metodológica qualitativa, de cariz compreensivo e interpretativo. A busca do significado atribuído por médicos e juristas à maternidade lésbica não seria prosseguida de forma adequada através do uso de outra abordagem metodológica, especialmente considerando que, como argumenta Esteves (1998, p. 13) o que se pretende não é constatar factos, mas compreendê-los por meio da apreensão do sentido que lhes está associado, o que requer olhar para o quadro contextual que lhes dá forma. Ademais, um desenho metodológico qualitativo oferece maior potencial analítico quando, como aqui, o foco é mais na lógica dos fenómenos sociais – no caso, a lógica subjacente às representações médicas e jurídicas – do que nas regularidades estruturais que lhes são inerentes, relevando-se, portanto, a análise das racionalidades subjetivas, grupal e socialmente partilhadas (ou não) (Guerra, 2006, p. 15).

A perspetiva construtivista adotada nesta investigação remete, *per se*, para a necessidade de recorrer a um arcabouço metodológico qualitativo. Argumentando-se a importância dos médicos e dos juristas enquanto produtores legítimos de discursos que modelam as representações e as práticas individuais e coletivas, indicia-se um posicionamento fenomenológico de valorização e tentativa de apreensão da subjetividade, de análise dos discursos subjetivos e da forma como são linguisticamente construídos, o que reclama o uso de métodos e técnicas de investigação que permitam dar conta dessas dimensões (Guerra, 2006, p. 27). O distanciamento face ao positivismo e ao nomotetismo Durkheimianos revelou-se necessário, na medida em que se parte do pressuposto de que “a realidade não é somente constituída por estruturas, leis ou sistemas de relações que se manifestam em regularidades sociais consideradas como mundo natural oferecido à observação. Porque é também um campo de liberdades, a pesquisa sociológica implica uma reflexividade que, na construção do objeto, respeite as margens de ação dos atores sociais” (Fernandes, 1998, p. 24).

Apesar das acusações de falta de rigor, objetividade e fiabilidade sustentadas pela comparação com o método de análise extensiva (Yin 1994), por permitir abordar de forma intensiva, em amplitude e profundidade, o objeto teórico definido (Greenwood, 1965), o método de estudo de casos, foi, então, adotado para a prossecução dos seguintes objetivos

específicos da pesquisa: (i) captar as aproximações e os distanciamentos entre médicos e juristas no discurso produzido acerca da maternidade lésbica; (ii) perceber como nos discursos dos dois grupos de profissionais, médicos e juristas, se reproduzem (ou não) um conjunto de representações que bebem noutras esferas de regulação social, nomeadamente, a religião, e, dentro desta, o catolicismo; (iii) partir dos discursos produzidos pelos dois tipos de especialistas para proceder a um processo de confrontação das representações veiculadas com os discursos históricos acerca da família, da maternidade e/ou do lesbianismo; (iv) sintetizar, a partir de tais discursos, quais são as representações de género e de sexualidade dominantes; (v) perceber se os discursos emitidos apresentam mais traços que remetem para potenciais processos de reprodução social ou de mudança social. A escolha do método de estudo de casos teve, também, em conta um conjunto de critérios apresentados por Ritchie (2003, p. 32-33), que, marcando presença, determinam o uso exclusivo de uma abordagem qualitativa em termos de métodos e técnicas de investigação a adotar, particularmente o profundo enraizamento do que se pretende saber com o conhecimento dos participantes, a complexidade do objeto teórico a estudar, a sua natureza especializada e, pelo menos parcialmente, a sua intangibilidade ou não mensurabilidade por outros meios. De facto, conhecer as representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica implica tentar chegar ao nível da cognição e da significação dos médicos e dos juristas. Captar os esquemas de perceção e de atribuição de sentido ao fenómeno em estudo que aqueles, singular ou coletivamente considerados, mobilizam quotidianamente traduz a necessidade de se delinearem, metodologicamente, formas de aceder aos seus discursos a um nível de profundidade suficiente que permita proceder a um processo de reconstituição das representações veiculadas de forma manifesta e latente. Implica, portanto, recorrer a detentores privilegiados do conhecimento que permite dar conta dos propósitos da investigação, de outra forma insuficientemente atingidos.

Quais são as representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida? Esta é a questão orientadora da investigação, que reflete, no fundo, a delimitação da pesquisa às representações combinadas da maternidade, do lesbianismo e da procriação medicamente assistida. A restrição da investigação às representações da maternidade e do lesbianismo decorre da necessidade de garantir a exequibilidade do projeto pela delimitação das variáveis ligadas ao género. Para além disso, a delimitação do estudo apenas a uma das modalidades de acesso à parentalidade – a PMA – não permite, desde logo, a abordagem aos casais do mesmo sexo masculinos, uma vez que a forma medicamente acompanhada de acesso à parentalidade que mais se adequaria a estes casos é a maternidade de substituição,

proibida, até à data, em Portugal (Lei n.º 32/2006 de 26 de julho). A opção pelo foco em apenas uma das formas de acesso ao exercício da maternidade lésbica, para além de ter subjacente um propósito de delimitação do campo de análise, baseou-se no facto de a procriação medicamente assistida ser a modalidade que apresenta uma maior probabilidade de as lésbicas, enquanto casal, virem a ser mães, pois a possibilidade da adoção foi vedada no diploma que regula o regime jurídico do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (Lei n.º 9/2010 de 31 de maio). Ademais, considera-se que a PMA é a opção que permite fazer uma abordagem conjugada às duas instâncias de regulação social que têm vindo a definir, por um lado, as formas de sexualidade adequadas (Brandão, 2007), e, por outro, quem são as mães e os pais adequados com base em modelos normativos de género e sexualidade (Silva, 2008), argumento reforçado pelo facto de, segundo Silva e Machado (2010b, p. 8), os atores sociais que são chamados a pronunciar-se sobre as questões da procriação medicamente assistida em Portugal são, maioritariamente, indivíduos – homens – que se movem nos campos da Medicina e do Direito.

Nas palavras de Fernandes (1998, p. 13), “a habituação a um caminho destrói sempre a sensibilidade em relação à beleza das alamedas que estão ao lado”, pelo que uma das decisões mais importantes no processo de investigação é relativa à escolha dos procedimentos técnico-metodológicos que melhor parecem dar conta dos objetivos propostos. Porque o foco é em discursos individuais que traduzem representações acerca da maternidade lésbica, e porque esses discursos não são emitidos de forma descontextualizada de uma configuração social específica, tentou conjugar-se uma análise às subjetividades individuais com uma análise às condições objetivas estruturais que as permeiam, o que requereu a escolha de um objeto empírico e de técnicas de recolha e análise da informação que permitissem dar conta desses dois níveis de análise. Como tal, o objeto empírico é constituído por discursos orais de médicos especialistas em Medicina da Reprodução e juízes que exercem a sua atividade em Tribunais de Família e Menores, discursos escritos que refletem posições médicas e jurídicas institucionais acerca da temática, nomeadamente na forma de pareceres emitidos por parte do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e do Conselho Superior da Magistratura, e o texto legislativo que dá corpo à Lei 32/2006 de 26 de julho, que regula os usos e aplicações da procriação medicamente assistida. À escolha destes médicos e juízes específicos esteve subjacente o facto de, pelo menos teoricamente, serem os interlocutores que, por motivos de conteúdo da atividade profissional, estão mais próximos das questões da família, em geral, e da maternidade, em particular.

Enveredar por uma investigação de cariz qualitativo oferece variadas possibilidades de paradigmas interpretativos e, como tal, de diversas opções combinadas de técnicas de investigação para recolha, registo e tratamento da informação (Guerra, 2006; Snape & Spencer, 2003). Nesta pesquisa, a técnica de investigação principal mobilizada para a recolha da informação foi a entrevista não-diretiva, complementada com técnicas de análise documental clássicas, análise de conteúdo, designadamente na vertente de análise categorial temática, e análise crítica do discurso. Se, convergindo com Guerra (2006, p. 14), as formações estruturais que delimitam a vida social não são, por um lado, naturais, espontâneas e independentes das ações individuais, e, por outro, o produto do somatório dessas ações, antes possuindo um caráter provisório e contingente em função das decisões individuais delimitadas sócio-historicamente, a escolha de técnicas de investigação que se debruçam tanto em discursos orais, como escritos não é alheia à tentativa de atenuar a parcialidade que, segundo Esteves (1998, p. 4), tende a caracterizar os estudos qualitativos. A relevância atribuída simultaneamente a ambos os tipos de discursos remete para uma postura ontológica aproximada daquilo que Snape & Spencer (2003, p. 16) designam por realismo subtil. Especificamente, considera-se a existência de uma realidade estrutural independente das atribuições de sentido subjetivas dos médicos e dos juízes individualmente considerados, refletida nos documentos escritos emitidos por organizações que atuam sob a alçada da Medicina e do Direito, que constituem, por si só, duas instâncias estruturais de regulação social, e postula-se, ao mesmo tempo, que o conhecimento da realidade é melhor conseguido por via da captação e compreensão dos significados individuais socialmente construídos, o que justifica a necessidade de recolha presencial de discursos orais e sua análise (cf. Snape & Spencer, 2003, p. 16).

2.1. Viagem metodológica em busca de representações: técnicas de recolha e análise da informação

Se se assume uma postura fenomenológica que adota como foco central a captação dos processos interpretativos dos indivíduos acerca do mundo social, no sentido da compreensão da realidade a partir das suas perspetivas (Kvale, 1996; Taylor & Bogdan, 1984), assume-se que a recolha das suas próprias palavras *in loco* se revela uma das opções que melhor permitem fazê-lo. Neste sentido, a entrevista constituiu a técnica principal de investigação, no

seu formato não-diretivo. Porque a tarefa de entrevistar e de ser entrevistado acaba por constituir uma interação social (Ghiglione & Matalon, 1997), e, como tal, constitui uma dificuldade para o investigador na medida em que existe negociação e construção de sentidos e significados em conjunto (Snape & Spencer, 2003), à escolha deste molde de entrevista subjazeu o facto de se pretender captar as representações acerca da maternidade lésbica com que os médicos e os juízes operam quotidianamente com a mínima interferência da entrevistadora. Tentou, por isso, minimizar-se a imposição de conceitos e definições próprias, pelo que foi colocada a todos os entrevistados uma questão introdutória suficientemente ampla – “como é que se posiciona, por um lado, face à definição, e, por outro, face à aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida?” – para permitir que a resposta fornecida funcionasse como bússola indicativa do que perguntar a seguir, pegando nas próprias expressões dos entrevistados. Uma postura atenta foi exigida, sobretudo para perceber, entre o que era dito, o que era relevante, o que devia ser aprofundado ou o que constituía algo que se desviava do tema principal da entrevista, requerendo, por isso, um ato de reorientação dos entrevistados (Taylor & Bogdan, 1997).

O guião deu conta de três grandes eixos teórico-conceituais, cada um deles coberto por um conjunto de tópicos que, se abordados nas respostas dos entrevistados, permitiriam obter a informação adequada para a reconstituição das representações acerca da maternidade lésbica³⁰. Assim, para perceber qual a posição geral dos médicos e dos juízes acerca da procriação medicamente assistida, deveriam ser abordados os seguintes indicadores: definição de técnicas de PMA; motivações da procura/oferta das técnicas de PMA; perfil-tipo dos candidatos; implicações éticas, sociais e jurídicas da PMA; conflitos com o quadro valorativo, moral e ético na aplicação das técnicas de PMA (apenas para o caso dos médicos); situações de recusa de aplicação de técnicas de PMA; situações de alegação de objeção de consciência (apenas para o caso dos médicos). Para a compreensão da posição específica face à maternidade lésbica, deveriam abordar as seguintes questões nas respostas fornecidas: perfil-tipo da mãe “adequada”; posição face ao impedimento legal de acesso das mulheres solteiras à PMA; posição face ao impedimento legal de acesso dos casais lésbicos à PMA; posição face à definição de projeto parental por parte de casais lésbicos. Para se proceder a uma análise dos processos de construção social dos discursos emitidos, tradutores de representações, tentou apreender-se qual o quadro valorativo, normativo e ético de referência dos entrevistados. Tentou, também, captar-se informação relativa a elementos de trajetória individual que se

³⁰ O guião pode ser consultado em anexo.

considerou poder exercer alguma influência sobre os discursos emitidos, particularmente a duração do envolvimento com a temática da procriação medicamente assistida e as motivações desse envolvimento, ou o contacto com mulheres lésbicas e em que contexto.

Foram realizadas dez entrevistas, cinco a médicos e cinco a juízes, entre os quais três mulheres e sete homens, sob o auspício dos critérios éticos do consentimento informado, da confidencialidade, do anonimato e da revelação das consequências – ou sua ausência – para os entrevistados (Kvale, 1996). O recrutamento destes foi feito via carta, dirigida, no caso dos médicos especialistas em Medicina da Reprodução, aos diretores dos centros de procriação medicamente assistida selecionados em função do critério da proximidade geográfica – norte do país, primeiro, e, depois, em função das não repostas e das recusas, centro do país –, e, no caso dos juízes, ao juiz-presidente dos Tribunais de Família e Menores selecionados com base no mesmo critério. A carta constituiu um mecanismo de garantia dos critérios do consentimento informado e da não existência de qualquer consequência nefasta, na medida em que o conteúdo exposto apelava à participação numa investigação inserida no âmbito do Mestrado em Sociologia sobre as representações médicas e jurídicas acerca da maternidade lésbica, garantindo-se que as informações seriam utilizadas somente para fins pedagógicos. Tratando-se de um estudo exploratório, não foi necessário verificar-se o requisito da saturação (Guerra, 2006), até porque, devido aos constrangimentos temporais inerentes a este projeto de investigação, não seria facilmente atingido.

É de notar que um dos juízes, para além de ter relação com as questões do direito da família, exercia, à data da entrevista, outras funções enquanto membro do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, e que um dos médicos, sendo especialista em Medicina da Reprodução, exercia funções enquanto membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. O conteúdo das entrevistas reflete, portanto, posições individuais paralelas a posições institucionais, enriquecendo o estudo com a possibilidade de enquadrar os discursos individuais nos institucionais, estes últimos também acedidos através de documentos escritos oficiais emitidos sobre a forma de pareceres acerca da procriação medicamente assistida. Outro médico, não exercendo funções relacionadas com a aplicação das técnicas de PMA, foi entrevistado a título institucional, enquanto membro de uma das Secções Regionais da Ordem dos Médicos³¹. Estes três profissionais foram contactados não

³¹ Pelo facto de não se ter obtido qualquer resposta por parte do Bastonário da Ordem dos Médicos, também contactado via carta, fez-se o pedido de entrevista a um membro de uma das Secções Regionais da Ordem dos Médicos.

enquanto diretores de centros de PMA ou juízes de direito da família, mas enquanto membros das organizações referidas.

Quadro 1. Síntese da caracterização dos médicos e dos juízes entrevistados

<i>Entrevistados</i>	<i>Género</i>	<i>Grupo profissional de pertença</i>	<i>Região do país onde exerce atividade</i>	<i>Funções institucionais</i>
Entrevistado 1	Masculino	Médicos	Norte	Não
Entrevistado 2	Feminino	Médicos	Centro	Não
Entrevistado 3	Feminino	Médicos	Centro	Não
Entrevistado 4	Masculino	Médicos	Centro	CNECV
Entrevistado 5	Masculino	Juízes	Centro	CNPMA
Entrevistado 6	Masculino	Juízes	Norte	Não
Entrevistado 7	Masculino	Juízes	Norte	Não
Entrevistado 8	Masculino	Juízes	Norte	Não
Entrevistado 9	Feminino	Juízes	Norte	Não
Entrevistado 10	Masculino	Médicos	----- ³²	OM

Oferecer condições de conforto e à-vontade aos entrevistados é essencial para atenuar a inibição que possa surgir, especialmente considerando que a entrevista foi realizada sobre dois tópicos sensíveis – a procriação medicamente assistida e a maternidade lésbica (Taylor & Bogdan, 1984). As entrevistas foram realizadas em locais e horários escolhidos pelos entrevistados, o que coincidiu, na maioria dos casos, com os seus locais de trabalho, requerendo maior capacidade de adaptação por parte da entrevistadora devido à deslocação a um local estranho à sua rotina diária. De acordo com Deutscher (cit. por Taylor & Bogdan, 1984, p. 93), a própria não-directividade constituiu um elemento de conforto para os entrevistados, dado que “a real expressão de atitude ou comportamento raramente ocorre sob condições de esterilidade deliberadamente estruturadas para a situação de entrevista”. O menor nível de directividade do guião permitiu, desta forma, fazer os entrevistados falar naturalmente, o que nem sempre constitui uma vantagem, proporcionando, nalguns casos, o desvio face à temática da entrevista. Como se assumiu, no entanto, uma postura de não imposição de definições e conceitos aos entrevistados, considerou-se que esses desvios – quando não muito demorados, pois, caso contrário, significariam uma fuga à questão central – constituíam peças de um raciocínio lógico de tradução discursiva das representações acerca da maternidade lésbica. Mais adiante serão mobilizados alguns exemplos, em função da sua capacidade compreensiva.

³² O entrevistado em causa não permitiu a gravação da entrevista nem o registo de notas manuais, apelando reiteradamente ao seu anonimato. Por este facto, não se indica em que região do país se situa a Secção Regional da Ordem dos Médicos da qual o entrevistado é membro, de forma a resguardar a sua identidade.

À exceção de uma entrevista em que não foi permitido fazê-lo, todas as entrevistas foram registradas em formato áudio, com o consentimento dos entrevistados. Para além da possibilidade de se poder registar o máximo volume de informação possível e de as entrevistas poderem ser ouvidas repetidamente, sempre que necessário, as gravações áudio proporcionam maior liberdade ao investigador para atentar em elementos simbólicos do contexto da entrevista que podem adquirir importância no processo de análise interpretativa: cenários, expressões faciais e/ou expressões corporais (Kvale, 1996, p. 160-161). Porque os registos áudio representam apenas uma versão descontextualizada das entrevistas (ibidem), revelou-se necessária a realização de uma ficha sinalética para cada uma delas (Ghiglione & Matalon, 1997). O próprio guião da entrevista foi estruturado de forma a reservar um espaço para esse efeito, disponibilizando uma coluna intitulada “notas sinaléticas/interpretativas”, o que permitiu a anotação de elementos considerados relevantes no decorrer das entrevistas, como referências aos locais da sua realização ou às expressões faciais e corporais dos entrevistados. Permitiu, da mesma forma, tomar notas já de cariz interpretativo no final das entrevistas, o que se revelou útil na análise da informação.

Devido à recalcitrância de alguns entrevistados em permitir as gravações do que era dito, considerou-se adequado colocar o gravador à vista, e não camuflado, de forma a que pudessem ver quando se dava início e se finalizava a gravação, atenuando-se possíveis desconfianças que pudessem existir acerca do que seria ou não gravado. Esta estratégia revelou, simultaneamente, uma vantagem e um inconveniente: os entrevistados que se mostraram mais apreensivos em permitir o registo áudio – mas que acabaram por consentir –, tendencialmente, revelaram de forma mais direta a sua posição face à parentalidade no seio de casais do mesmo sexo quando o gravador foi desligado. Três exemplos explícitos são os seguintes: “Se me aparecessem aqui dois homens jeitosos a dizer que queriam ser pais, eu ainda ficava a olhar para eles de lado” (E2M, 2012); “O que é que você pensa acerca disto? É esquisito, não é? Eu acho esquisito” (E4M, 2012); “Sabe que eu ainda sou muito conservador. Para mim, uma família é pai, mãe e filhos” (E8J, 2012)³³.

A transcrição integral e a edição das entrevistas constituíram o passo seguinte. Ainda que o processo de transcrição pareça isento de qualquer problema teórico e metodológico, constitui, todavia, uma construção artificial na passagem da oralidade à escrita (Kvale, 1996, p. 163). A necessidade de editar as entrevistas reforça essa artificialidade, na medida em que proceder a correções de elementos que possam dificultar a análise – os erros de concordância

³³ Estas citações são fruto de anotações manuais.

entre o singular e o plural, por exemplo, que foram os mais frequentes – envolve decisões e julgamentos de quem está a transcrever (Kvale, 1996). A forma que o texto transcrito adquire depende das formas convencionais de representação textual dos discursos orais, que são sujeitas a interpretação por parte do investigador, e, como tal, as escolhas que são feitas refletem decisões morais e construções subjetivas (Atkinson, 2004, p. 390). A tentativa de minimizar esse efeito e de não alterar o significado original do que foi dito representou, por isso, uma preocupação central neste processo.

O conteúdo das entrevistas foi submetido a duas técnicas de análise: primeiro, uma análise categorial temática, como forma de sistematizar a informação; depois, uma análise crítica do discurso aos conteúdos das categorias surgidas no processo anterior que se consideraram mais importantes para o prosseguimento dos objetivos da pesquisa. Usada com uma finalidade que vai para além da descrição quantitativa, a análise de conteúdo prima pela rutura face à intuição espontânea e ilusória e pela interpretação qualitativa dos resultados manifestos e latentes após a inferência (Bardin, 2007, p. 27). No contexto deste trabalho, foi utilizada com uma função heurística, com o objetivo principal de captar os significados médicos e jurídicos atribuídos à maternidade lésbica. Teve lugar a realização de uma análise categorial temática, onde foram destacados os temas constituintes das comunicações analisadas. Procurando-se estabelecer uma relação entre a estrutura semântica das comunicações e os *habitus* pessoais e profissionais, sócio-historicamente enquadrados – assumidos como potenciais justificadores dos significados e, como tal, das representações –, de cada um dos médicos e dos juízes entrevistados, tratou-se, enfim, de destacar as avaliações feitas acerca da maternidade lésbica e as imagens que lhe são associadas, tendo como base os enunciados produzidos acerca da possibilidade hipotética de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida (Bardin, 2007; Bourdieu, 2002b).

Esta análise foi feita em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2007, p. 89). Na fase da pré-análise, o propósito orientador foi o de salientar os significados atribuídos à maternidade lésbica, assumindo-se, por isso, como objetivos analíticos os de desvendar os argumentos/temas que mais surgiam e que eram invocados para sustentar uma posição de defesa ou de recusa do acesso de casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar. A fase de exploração do material é caracterizada pelos processos de codificação e categorização. Enquanto a codificação consiste no “recorte, agregação e enumeração, [que] permite atingir uma representação do conteúdo”, a categorização corresponde ao agrupamento dos elementos que apresentam algo em comum e à sua classificação sob um título genérico

(Bardin, 2007, p. 97-111). Para a realização da codificação, definiu-se como unidade de registo o tema e como unidade de contexto a frase, procedendo-se, então, ao recorte das comunicações em frases e à identificação dos temas presentes em cada uma delas. De seguida, atendendo aos princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade e da fidelidade, assim como da produtividade, foram agregadas as frases referentes ao mesmo tema, e, através da definição de um critério semântico, procurou-se uma expressão geral para as caracterizar, representando-se de forma sintética o conteúdo das comunicações (Bardin, 2007, p. 112-114).

As categorias de análise principais definidas foram as seguintes: “conceito estreito de PMA”, “questões éticas na PMA”, “objeção de consciência na PMA”, “conceito amplo de PMA”, “financiamento da PMA”, “conceito tradicional de maternidade”, “conceito amplo de maternidade”, “posições face à lei”, “justificações de cariz religioso”, “justificações de cariz jurídico”, “origem da homossexualidade”, “adoção”, “experiências pessoais de maternidade/paternidade”, “posições face ao aborto”, “posições face à prostituição” e “questões de trajetória pessoal”.

Na categoria “conceito estreito de PMA” estão agrupados os excertos frásicos que remetem para definições das técnicas de procriação medicamente assistida que se alicerçam no princípio da subsidiariedade das mesmas face ao ato sexual natural, no requisito de diagnóstico de infertilidade, e, como tal, no pressuposto da sua aplicação apenas em casos de casais heterossexuais. A categoria “questões éticas na PMA” agrega um conjunto de frases que dizem respeito a questões éticas e jurídicas decorrentes do uso e da aplicação das técnicas médicas reprodutivas. São recorrentes, por exemplo, conteúdos que se referem à discussão sobre o congelamento de embriões excedentários e o seu uso para investigação, sobre o princípio do anonimato dos dadores de sémen, ou sobre as dificuldades jurídicas que poderiam emergir das situações em que os casais recorressem à maternidade de substituição, caso fosse permitido por lei. “Objeção de consciência na PMA” é a categoria que alberga frases em que os entrevistados exemplificam situações que consideram legítimas para alegação de objeção de consciência, principalmente em situações para seleção de sexo e características físicas dos futuros filhos, ou, como alguns referiram, no caso de casais lésbicos que pretendam ter acesso. A categoria “conceito amplo de PMA” agrega um conjunto de excertos frásicos que remetem para uma definição das técnicas médicas reprodutivas que incorpora outros modelos de casal para além do sexualmente diferenciado. Assim, surgem frases onde é explicitada a posição de que os casais lésbicos deveriam poder aceder à procriação medicamente assistida. “Conceito tradicional de maternidade” é a expressão geral

atribuída à categoria que engloba frases que traduzem uma definição da maternidade nos seus moldes tradicionais: deve ser exercida no seio de uma relação heterossexual, oficializada pelo casamento ou pela união de facto. A categoria “financiamento da PMA” agrega um conjunto de frases que se referem aos custos inerentes aos tratamentos médicos reprodutivos. Nalgumas, a sua referência é feita para justificar uma posição desfavorável face ao acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida; noutras, é feita para alegar que não constitui um impedimento para a concretização da maternidade lésbica, especialmente se os custos não forem suportados pelo Estado.

Na categoria “conceito amplo de maternidade” estão agregadas frases que remetem para uma definição de maternidade que vai para além dos requisitos tradicionais anteriormente referidos, surgindo posições de defesa de acesso das mulheres solteiras e dos casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar. A categoria “posições face à lei” traduz excertos discursivos que refletem posições, tanto favoráveis, quanto desfavoráveis face à lei em vigor que regula o uso e a aplicação das técnicas médicas reprodutivas, em função dos conceitos de maternidade e de procriação medicamente assistida com os quais operam na sua atividade quotidiana. “Justificações de cariz religioso” é a expressão que alberga excertos de texto em que existe remissão para a religião – ou para o ateísmo – na tentativa de justificar as posições face à maternidade lésbica e ao impedimento legal de os casais lésbicos acederem à procriação medicamente assistida. Por sua vez, a categoria “justificações de cariz jurídico” engloba excertos de frases onde é feita referência à configuração da lei atual de regulação da PMA – principalmente referências ao requisito obrigatório de diagnóstico de infertilidade – para justificar a concordância ou discordância face à possibilidade de os casais lésbicos poderem vir a aceder às técnicas médicas reprodutivas. “Origem da homossexualidade” é a categoria onde estão agregadas frases que representam uma discussão em torno da origem da homossexualidade – biológica ou social. A categoria “adoção” diz respeito a extratos discursivos que fazem referência a uma alternativa de acesso à maternidade/paternidade para além da procriação medicamente assistida. A referência mais comum a este instituto é a que tem na base a ideia de que é uma opção mais bem aceite do que a PMA quando se trata de casais do mesmo sexo.

“Experiências pessoais de maternidade/paternidade” é a expressão geral que denomina a categoria que agrega frases que fazem referência às experiências de maternidade e de paternidade dos entrevistados. Nuns casos, essa referência permite dar conta da propensão para uma posição mais favorável face à maternidade lésbica; noutros, não. A categoria “posições face ao aborto” agrega excertos frásicos cujos conteúdos traduzem perspectivas

acerca da possibilidade de as mulheres abortarem. Geralmente, esta referência foi feita para justificar uma posição favorável face à maternidade lésbica, alegando-se que as mulheres devem poder controlar as questões que dizem respeito à sua sexualidade e à procriação. O mesmo acontece em relação à categoria “posições face à prostituição”, que engloba excertos discursivos referentes à prostituição feminina, aos quais está subjacente a ideia de que a mulher deve poder dispor do seu corpo da forma que quiser e de que essa situação deveria ser legislativamente regulada. Das “questões de trajetória pessoal” fazem parte frases que dizem respeito ao período temporal de envolvimento dos entrevistados com a área de trabalho atual, bem como as motivações que estiveram na base desse envolvimento, e excertos que indiciam a presença de contacto pessoal ou profissional com mulheres lésbicas.

Concluída esta fase, tomou lugar a inferência e a interpretação dos resultados, com base num procedimento de análise crítica do discurso. Este tipo de análise foi levado a cabo de forma mais sistemática sobre os conteúdos agregados nas categorias que dizem respeito às definições da procriação medicamente assistida e da maternidade, por se considerar que são os que melhor permitem a captação e reconstituição das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica. Os restantes conteúdos serão referidos contextualmente, à medida que adquirirem relevância analítica.

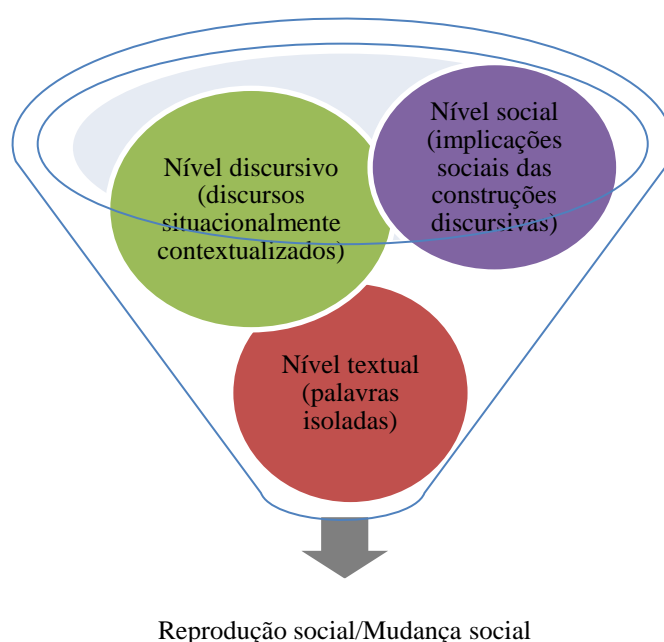
A mobilização da técnica de análise crítica do discurso é parte integrante de uma das lentes teórico-analíticas aqui adotadas – a pós-estruturalista. Assumindo o pressuposto de que os discursos são socialmente situados e desempenham um papel importante na reprodução das estruturas sociais e da forma de organização social que estas proporcionam, ou, pelo contrário, atuam como mecanismos de mudança social (Rojo, 2004, p. 206), este tipo de análise permite a abordagem complementar dos discursos subjetivos estruturalmente confinados e, paralelamente, condicionadores/produtores estruturais (Fairclough & Wodak, 2004). Considerar que os discursos constituem fontes de reprodução/mudança social implica considerar que o discurso é “um meio não transparente e não neutral para descrever e analisar o mundo social” (Azevedo, 1998, p. 107), pelo que, ao tomá-lo como fonte de informação central, o objetivo será o de descortinar as formas pelas quais o que é dito e a forma como é dito atua no sentido da construção de conhecimento e na modelação de esquemas de atribuição de significado aos fenómenos e de orientação das condutas individuais e coletivas. Em jeito de definição, a análise crítica do discurso consiste numa análise interna – o que é dito através dos enunciados emitidos e como – e externa – porque é que é dito de uma determinada forma – a discursos selecionados para o efeito, de forma a determinar traços subjetivos associados a determinadas condições sociais de produção (Gregolin, 1995, p. 17-

19). As formulações discursivas estão impregnadas de traços daqueles que as enunciam, nomeadamente o quadro valorativo e normativo pelo qual se orientam e os propósitos intencionais do ato de enunciação, sendo que através dos discursos são construídas representações acerca do mundo social (Rojo, 2004, p. 207). Daqui emerge a assunção de que as práticas discursivas são práticas constitutivas do social, com impactos ao nível da (re)definição estrutural e, como tal, das possibilidades de ação individual (Rueda & Antaki, 1998, p. 139; Fairclough & Wodak, 2004, p. 357), ou não constituíssem mediadores entre a linguagem e a prática (Foucault, 1996). Foi a partir deste postulado que se realizaram os procedimentos analíticos inerentes a esta técnica, considerando que se tem vindo a defender até aqui que os discursos médicos e jurídicos têm exercido, historicamente, poder regulatório sobre e poder gerador de práticas sociais. Perceber de que forma os médicos e os juízes o fazem relativamente à sexualidade, à procriação e à maternidade é o que se tenta perceber através da análise dos discursos presencialmente captados.

A análise crítica do discurso foi feita de forma tridimensional, na medida em que se tiveram em conta três níveis de análise distintos: o discurso enquanto texto (nível textual), o discurso enquanto prática discursiva socialmente contextualizada (nível discursivo), e o discurso enquanto prática social constituída e constitutiva (nível social) (Iñiguez, 2004, p. 119). Tratou-se, portanto, de dar conta da construção discursiva dos médicos e dos juízes entrevistados, espaço-temporalmente situada, e de como é que a forma assumida por essa construção produziria implicações sociais, nomeadamente pela tentativa de imposição de mundividdências próprias acerca da maternidade e da procriação (Rojo, 2004, p. 216). Ao nível textual, atentou-se a algumas categorias de palavras utilizadas pelos médicos e pelos juízes nos enunciados emitidos, como substantivos, verbos, adjetivos, artigos definidos e indefinidos e pronomes. Os termos foram destacados isoladamente, fora do contexto frásico em que foram referidos, uma vez que o objetivo era ter uma ideia geral daquilo que surgia, de forma mais explícita, associado aos conceitos de procriação medicamente assistida, de maternidade, em geral, e de maternidade lésbica, em particular. Este procedimento permitiu obter uma visão comparada dos conceitos operatórios de PMA e de maternidade mobilizados pelos dois tipos de profissionais em causa, a partir da perceção das denominações que lhe eram atribuídas, das funções que visavam servir, e das características com que eram identificados. Ao nível discursivo, os termos isolados foram incorporados nas frases das quais faziam parte, de forma a compreender o sentido geral do enunciado. Empreendeu-se, à luz de baías teóricas com potencial analítico, um processo interpretativo à camada manifesta do discurso, primeiro, e, depois, tentou apreender-se o significado latente, o que permitiu dar conta daquilo que foi

dito e com que intenção, reforçado pelo que não foi dito mas que estava, também, presente. Ao nível social, foram consideradas as construções discursivas dos entrevistados e as interpretações que delas foram feitas no sentido de perceber que tipo de implicações sociais poderiam ter: de reprodução social dos conceitos tradicionais de maternidade e de procriação associados à norma da heterossexualidade, ou de mudança social, em direção à coexistência socialmente legitimada da maternidade lésbica com a maternidade heterossexual, e, como tal, à possibilidade de acesso dos casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar.

Figura 1. Esquema-síntese do procedimento de análise crítica do discurso



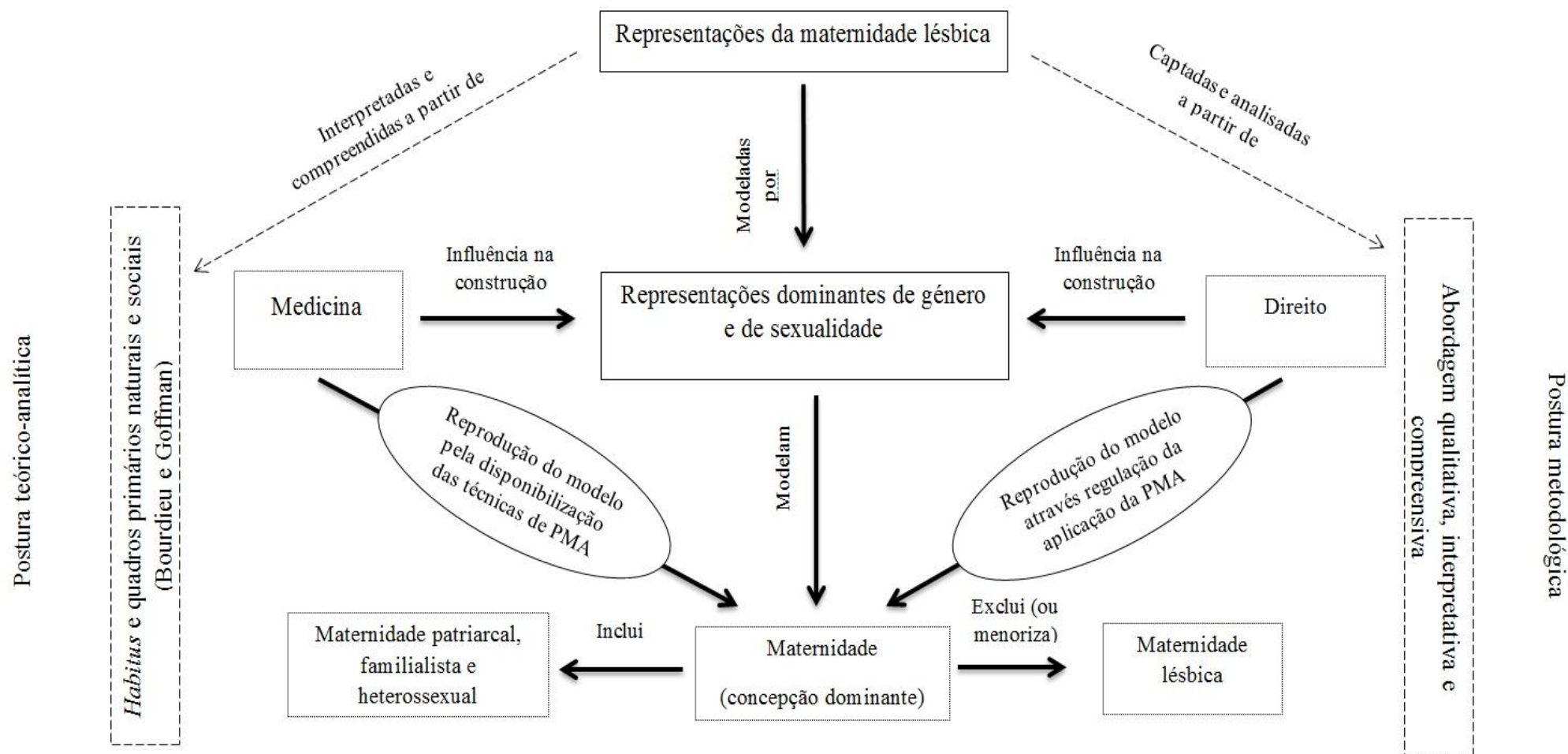
Para finalizar a descrição técnico-metodológica, refere-se o uso das técnicas de análise documental clássicas. Constituindo um procedimento que visa sistematizar o conteúdos dos documentos de forma a facilitar a sua utilização (Bardin, 2007: 40), a análise documental foi aqui mobilizada para condensar a informação de um *corpus* constituído por doze documentos: três pareceres focados na temática da procriação medicamente assistida, que fazem referência, de forma mais ou menos explícita, a quem deve fazer parte do grupo de beneficiários dos tratamentos disponibilizados pela medicina de reprodução, emitidos pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, e pelo Conselho Superior da Magistratura; quatro projetos de lei apresentados para implementação do primeiro diploma de regulação da PMA em Portugal, elaborados por

quatro grupos parlamentares – Bloco de Esquerda, Partido Socialista, Partido Social-Democrata e Partido Comunista Português; quatro projetos de lei apresentados recentemente pelo Bloco de Esquerda, pelo Partido Socialista, pelo Partido Social-Democrata e por deputados independentes do Partido Socialista, no sentido da permissão da maternidade de substituição, uns, e do alargamento do conjunto de beneficiários das técnicas médicas reprodutivas, outros; e a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula os usos e as aplicações da PMA em território português.

A utilização de fontes documentais requereu, ainda, levar a cabo aquilo que Saint-Georges (2005) apresenta como a crítica das fontes, processo dividido em 4 fases: a crítica interna do documento, a crítica externa do documento, a crítica do testemunho e a síntese final. A crítica interna do documento consistiu em ler repetidamente os elementos constituintes do corpus documental, no sentido de compreender o seu conteúdo em profundidade, seguindo o seu raciocínio. A crítica externa do documento consistiu em testar a veracidade e a autenticidade dos documentos. Entre os procedimentos possíveis para levar a cabo esta tarefa, aquele que foi seguido consistiu em verificar se todos os documentos recolhidos continham o carimbo da Assembleia da República ou da organização por quem foram emitidos, ou qualquer outro indício – como os cabeçalhos, por exemplo – que indicasse que eram autênticos. Este passo revelou-se supérfluo, uma vez que todos os documentos foram recolhidos diretamente dos sítios eletrónicos da Assembleia da República ou das organizações. Foi, no entanto, realizado por uma questão de rigor metodológico. Verificado este requisito, passou-se para a crítica do testemunho. Esta fase consistiu em determinar quais as condições em que o texto foi produzido e em identificar os seus emissores e recetores, de forma a detetar as posições ideológicas presentes e a fazer a interpretação dos conteúdos de forma acautelada. No final, foi feita a síntese dos conteúdos, usados em função da sua adequação.

Face ao exposto, o modelo conceptual orientador dos processos analíticos apresenta-se de seguida.

Figura 2. Modelo analítico orientador do processo interpretativo das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica



2.2. “Carregando” *habitus*... Apontamentos reflexivos do processo analítico

Partindo-se do pressuposto defendido por L  ssard-Herbert et al. (1994), segundo o qual compreender o mundo social implica reviv  -lo, assume-se que o objeto que um investigador define para estudar não    exterior, constituindo uma constru  o social em que o próprio participa ativa ou passivamente. Uma investiga  o    delimitada esp  cio-temporalmente, pelo que a forma como    feita e as conceptualiza  es a que permite chegar estão alicerçadas a condi  es de produ  o com contornos específicos, socialmente configurados. Se o investigador constitui um agente mobilizador dos instrumentos materiais e intelectuais que essas condi  es lhe oferecem, e, paralelamente, representa, ele próprio, uma dessas condi  es de produ  o da pesquisa, o seu *habitus* será, de alguma forma, imprimido nas conclusões analíticas apresentadas (Bourdieu, 2002b). Daqui emerge o pressuposto de que o investigador    coconstrutor do produto analítico que apresenta, pelo que este assumir   traços característicos do contexto sócio-histórico no qual aquele se insere (Finlay, 2002; Hamdan, 2009). Uma abordagem qualitativa às representa  es médicas e jurídicas da maternidade lésbica contemplará, neste sentido, uma componente subjetiva – socialmente enformada – imprimida pela investigadora, o que requer levar a cabo um empreendimento reflexivo em torno do processo analítico desenvolvido (Gouldner, 2004; Hamdan, 2009).

A reflexividade tem adquirido importância crescente no âmbito das pesquisas qualitativas, usada, sobretudo, como forma de demonstrar – legitimando – o que    feito e a forma como    feito, bem como a validade e a fiabilidade dos resultados (Pillow, 2003). Embora num ponto anterior deste trabalho já tenham sido fornecidos alguns apontamentos reflexivos no que respeita às perspetivas teóricas, metodológicas e epistemológicas mobilizadas, a que agora se apresenta    a da assun  o de uma postura de reflexão acerca da forma como os esquemas percetivos e os princípios geradores das representa  es da investigadora podem ter configurado a dire  o da análise e o seu *output* final. Aproxima-se, portanto, de dois tipos de reflexividade apresentados por Finlay (2002), nomeadamente, o da crítica social e o da desconstru  o discursiva, que remetem para o reconhecimento das dimensões macroestruturais que podem estar na base das perspetivas interpretativas mobilizadas. Por parte do investigador, requer-se, então, uma tentativa de se situar no espço social do qual    oriundo e no qual se move, de forma a atenuar a influência desse seu posicionamento no processo interpretativo (Hamdan, 2009, p. 379).

A produ  o de conhecimento pode ser assumida como uma atividade social, cultural e historicamente enraizada (Mauthner & Doucet 2003, p. 416), refletindo, portanto, a presença

de disposições subjetivas estruturantes específicas de espaços e tempos determinados (Bourdieu, 2002b). Com a possibilidade de coexistência de elementos disposicionais interiorizados por via de movimentações diversas em vários contextos espaço-temporais, dada a natureza acumulativa do *habitus*, há, concomitantemente, a possibilidade de emergirem traços que aparentam advir de camadas distintas do sistema disposicional da investigadora. O objeto teórico desta dissertação pode ser tomado como exemplo explícito disso, na medida em que a abordagem conjugada de uma atividade associada ao tradicional, ao familiar e ao heterossexual – a maternidade – a uma identidade sexual não normativa – as lésbicas – e, ainda, a uma forma de procriação não natural – a procriação medicamente assistida – traduz a presença de disposições subjetivas estruturadas a partir de molduras sócio-históricas diferentemente datadas, mas que, à luz de novas reconfigurações contextuais, atuam em simultâneo na atribuição de significado à maternidade. A adesão à *doxa* implicou a interiorização de um quadro valorativo e normativo que determina a conceptualização da maternidade como um reflexo de feminilidade e como uma atividade resultante de uma relação (heteros)sexual (Bourdieu, 2002b). Interiorizou-se que as mulheres são “associadas ao domínio de uma Natureza que é, por definição, criativa (geradora), imprevisível, indomável e, portanto, ao mesmo tempo, perigosa e desorganizadora, por contraposição a uma Razão eminentemente ‘masculina’” (Mota-Ribeiro cit. por Brandão, 2007, p. 35) e que, por isso mesmo, necessita “de ser controlada para que a ordem social se não desagregue” (Brandão, 2007, p. 35). Apreendeu-se, igualmente, e seguindo a mesma linha de raciocínio, que a missão da mulher era ser mãe e que a sua sexualidade não devia ser deslocada do casamento, isto é, não devia ser independente dos homens (idem). Todavia, as constantes reestruturações dos sistemas disposicionais alicerçadas nas constantes reconfigurações sociais permitiram reorganizar os esquemas percetivos e interpretativos dos fenómenos e, como tal, das formas de atribuição de significado à maternidade. Esta passou a ser concebida de forma mais ampla, incorporando outras formas de ser obtida – através de procedimentos médicos – e outras configurações – em casal ou fora dele, por parte de mulheres atraídas por alguém do mesmo sexo ou de sexo diferente.

Para empreender um exercício reflexivo afigura-se necessário que o investigador assuma o seu posicionamento sociológico, de modo a tornar mais claro de que forma propiciou uma configuração determinada às pistas analíticas finais (Hamdan, 2009, p. 380). Desta forma, assume-se que a adoção de uma lente analítica pós-estruturalista na análise dos discursos dos entrevistados constitui um veículo de interferência na produção das conclusões da pesquisa. Mais do que representar uma perspetiva parcial – como, de resto, o seria se o

posicionamento teórico fosse outro –, traduz uma escolha enquadrada por um conjunto de disposições subjetivas adquiridas a partir de uma configuração estrutural específica. A vivência quotidiana num contexto social pós-movimento feminista de segunda vaga e de emergência de um associativismo gay e lésbico pode, talvez, ser assumida como característica dessa configuração. Ainda que o movimento feminista português não tenha sido suficientemente consistente e capaz de provocar uma transformação no sistema de género instituído (Marinho, 2002), parece ter aberto espaço para o desenrolar de um conjunto de transformações sociais no que respeita às opções disponibilizadas às mulheres, designadamente aos níveis familiar e sexual. A título de exemplo, passam a poder controlar as decisões de quando e se procriar, com a possibilidade de utilização de métodos contraceptivos, primeiro, e das técnicas médicas reprodutivas, depois (Giddens, 1995; Castells, 2003; Silva, 2008). Para além disso, pertencer a uma família passa a ser uma questão de escolha individual, onde os vínculos familiares se caracterizam cada vez mais pela reflexividade e pela individuação (Beck e Beck-Gernsheim, 2003). Por sua vez, associados à intensificação do associativismo gay e lésbico português, na década de 1990 (Cascais, 2006), os processos de destradicionalização e de crescente autorreflexividade abrem novas possibilidades às relações heterossexuais, bem como estão na base de desestabilização – ainda que não total – do binário homossexual/heterossexual (Roseneil, 2006, p. 40), da qual é reflexo, no caso português, a aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. Ora, a formação do *habitus* num contexto social em transformação potenciada, pelo menos parcialmente, pela ação individual e coletiva, permitiu a formação de esquemas interpretativos orientados para uma postura de valorização da possibilidade de ação dos indivíduos no sentido da alteração das condições estruturais. No entanto, a fragilidade dos resultados obtidos pelos dois movimentos plasmada na regulação que continuou a ser exercida sobre a sexualidade feminina – considerando a atual impossibilidade legal de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida – propiciou a interiorização de sistemas disposicionais orientados para uma postura de reconhecimento do efeito, mais duradouro e prolongado, das condições estruturais sobre a possibilidade de ação dos indivíduos. A escolha da abordagem às duas instâncias históricas de regulação social dos comportamentos sexuais e procriativos – a Medicina e o Direito – reflete isso mesmo, tal como as conclusões, apresentadas num ponto posterior deste trabalho, de que os discursos dos entrevistados apresentam, em maior ou menor grau, traços de *habitus* orientados para a reprodução social do conceito tradicional de maternidade, amparado pela heterossexualidade normativa.

Para Hamdan (2009, p. 261), enveredar por uma tarefa reflexiva requer que o investigador atente ao seu envolvimento pessoal e assuma os impactos que pode provocar na e com a pesquisa. Porque o *habitus*, “integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e possibilita o cumprimento de tarefas infinitamente diferenciadas graças à transferência analógica de esquemas” (Bourdieu, 2002b, p. 261), existem, no texto que compõe este trabalho, associações conceptuais, mais ou menos implícitas, e formas de denominação que derivam de camadas de disposições subjetivas distintas. Das camadas mais profundas – porque formadas nos estádios mais precoces da socialização –, inerentes à própria condição de género da investigadora, surge o facto de, ao se abordar a temática da maternidade lésbica e ao se revelar interesse nas posições de médicos e de juízes face à possibilidade hipotética de os casais lésbicos poderem aceder à procriação medicamente assistida, se refletir uma associação conceptual entre *ser mulher* e *ser mãe*. Ademais, parece, também, refletir-se uma associação entre maternidade e conjugalidade, uma vez que, ao longo do trabalho, se fala em “casais lésbicos”. O principal impacto que daqui poderá surgir é o de se contribuir discursivamente, e, portanto, por via de um sistema simbólico poderoso (Bourdieu, 1989), para a reprodução social das associações conceptuais enunciadas. A eventual mobilização destes termos e associações por parte da investigadora em situação de entrevista também poderá ter levado à sua emergência nos discursos de alguns entrevistados, levando-se a cabo um processo de coconstrução dos significados atribuídos à maternidade lésbica (cf. Finlay, 2002). A probabilidade de ter acontecido é, contudo, baixa, dada a tentativa de não imposição de conceitos e definições próprias aos entrevistados, considerando o formato das entrevistas. Das camadas mais recentes é, todavia, indício a conceptualização da maternidade de forma mais ampla do que a tradicional, tanto em termos de modelo assumido, como de forma de acesso.

A postura inerente à neutralidade axiológica Weberiana não pode ser completamente assumida no processo de investigação (Léssard-Herbert et. al, 1994). Se o investigador reconhece a posse de determinadas predisposições para agir e pensar que tenta colocar em *vacuum* durante os procedimentos analíticos, outras há que acabarão por se refletir nas pistas conclusivas finais, considerando o seu envolvimento no mesmo contexto sócio-estrutural no qual o objeto de estudo ganha forma.

2.3. Momento-síntese

Captar e compreender as representações de médicos e de juízes sobre a maternidade lésbica medicamente assistida foi o que orientou este projeto de investigação. A postura fenomenológica e construtivista adotada requereu tentar compreender quais as condições estruturais, espaço-temporalmente delimitadas, que se situam a montante e a jusante das representações captadas (Herzlich, 1991, p. 32), uma vez que a compreensão e interpretação destas implica uma abordagem dialética que dê conta, em paralelo, dos significados que os médicos e os juízes, individualmente considerados, atribuem à maternidade lésbica medicamente assistida, bem como das condições de produção que estiveram na sua base (Plon cit. por Jodelet, 1993). Considerou-se que a metodologia qualitativa era aquela que, de forma mais adequada, permitia aceder diretamente aos discursos subjectivos estruturalmente emoldurados, tendo sido, por essa razão, mobilizada nesta pesquisa. Os médicos especialistas em Medicina da Reprodução e os juízes de Tribunais de Família e Menores constituíram as unidades de observação centrais neste trabalho, complementadas com discursos institucionais escritos – pareces do CNECV, CNPMA, CSM – e a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a aplicação da PMA.

A entrevista não-diretiva constituiu a técnica de investigação principal, coadjuvada por técnicas de análise documental, pela análise categoria temática e pela análise crítica do discurso. A primeira, para recolha de informação, as restantes, para a sua análise e interpretação. Tendo em conta os critérios éticos do consentimento informado, da confidencialidade, do anonimato e da revelação das consequências – ou sua ausência – para os entrevistados (Kvale, 1996), foram realizadas dez entrevistas, cinco a médicos e cinco a juízes, entre os quais três mulheres e sete homens. Foram recrutados via carta e o contacto foi dirigido, no caso dos médicos especialistas em Medicina da Reprodução, aos diretores de centros de procriação medicamente assistida, e, no caso dos juízes, ao juiz-presidente de Tribunais de Família e Menores.

Quais são as representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida? Esta é a questão orientadora da pesquisa empreendida, à qual se pretende dar resposta no capítulo seguinte. Não sem assumir que a análise, as conclusões e as interpretações avançadas refletem, de forma mais ou menos implícita, uma componente do *habitus* da investigadora e dos seus posicionamentos acerca do tema da pesquisa (Gouldner, 2004; Hamdan, 2009).

Capítulo 3. Médicos e juízes: Os discursos sobre a maternidade lésbica

Dos processos analíticos a que foram submetidos os discursos de médicos e juízes, nomeadamente, na vertente de análise crítica do discurso (Rojo, 2004), pode dizer-se que as representações acerca da maternidade lésbica são enquadradas a montante e a jusante pelas representações acerca das técnicas de procriação medicamente assistida. Registou-se uma relação de circularidade entre ambas, tendo sido usados argumentos constantes da lei que regula o uso e a aplicação das práticas médicas reprodutivas para sustentar as posições face à realização de um projeto maternal por parte dos casais lésbicos. Registou-se, também, a presença de argumentos derivados de opiniões pessoais sobre a maternidade lésbica para validar o atual enquadramento jurídico. A este processo argumentativo subjaz a dinâmica de formação do *habitus* enquanto cronologia estruturada, pois uma perspetiva é sustentada por estruturas de perspetivas anteriores, e, concomitantemente, subjaz à formação das mesmas num processo dinâmico de (re)estruturação constante das disposições subjetivas (Bourdieu, 2002b). Argumentando, com base nos pressupostos normativamente enquadrados, que a PMA somente pode ser acedida por casais de sexo diferente, é reforçada a noção de procriação enquanto processo biológico levado a cabo por um homem e uma mulher, o que permite transformar a relação heterossexual na norma procriativa, mesmo quando esta não tem lugar (Arán & Corrêa, 2004, p. 337). Por sua vez, aludir à existência de uma forma normativa de procriação permite argumentar que casos que não lhe correspondam devem ficar excluídos do conjunto dos beneficiários da assistência médico-tecnológica para procriar. De outro ângulo, recorrendo ao corpo de conhecimentos jurídicos para argumentar que o direito a constituir família é para todos – casais de sexo diferente e casais do mesmo sexo – remete para uma perspetiva mais ampla tanto do conceito de maternidade, como do conceito de procriação e das técnicas de procriação medicamente assistida, o que se reflete numa posição de defesa de alteração da lei.

A partir dos discursos dos médicos e dos juízes entrevistados é possível concluir que as representações dominantes da procriação medicamente assistida são as de que esta constitui um conjunto de práticas médicas para aplicação terapêutica em situações de infertilidade conjugal heterossexual, conclusões, de resto, convergentes com as registadas por Silva (2008) no seu trabalho de investigação sobre a temática. Esta perspetiva é demonstrada pela mobilização discursiva, por parte dos entrevistados, de verbos e substantivos cujo significado remete, objetiva e simbolicamente, para o reconhecimento da necessidade de um ato ou processo interventivo médico no sentido da melhoria da organização funcional corporal, de

forma a atingir um objetivo necessário – a procriação: “resolver”, “auxiliar”, “facilitar”, “tratamento”, “ajudar”, “corrige”, “melhoramento”; “problema”, “infertilidade”, “impossibilidade”, “impedimento”, “sofrimento”, “perturbações”, “doença”, “anomalia”, “patologia” ou “alcançar” (ver Figura 3). A esta formulação discursiva não será alheia a representação social do médico enquanto detentor monopolista do necessário à realização de diagnósticos, à elaboração de prescrições e à aplicação de atos terapêuticos que, não raro, oferecem a cura (Areosa & Carapinheiro, 2008, p. 90; Ramos-Cerqueira & Lima, 2002, p. 112). Regista-se uma diferença entre médicos e juízes quanto ao significado simbólico atribuído às técnicas médicas reprodutivas que se reflete no tipo de verbos usado na descrição da sua função. Enquanto a maioria dos médicos utiliza comumente o termo “resolver”, coadjuvado por substantivos de cariz clínico como “anomalia”, “doença”, “problema”, “patologia”, “infertilidade” ou “esterilidade”, grande parte dos juízes constrói o seu discurso por via do uso de verbos como “auxiliar”, “facilitar” ou “ajudar”, que traduzem um ato orientado para a convergência com os “direitos” e as “garantias” a que qualquer indivíduo deve ter acesso (ver Figura 3). Entre os juízes é comum o uso de termos que remetem mais para quadros psicoemocionais – “perturbações”, “frustração” – do que para quadros clínicos. Pode, talvez, dizer-se que os médicos pretendem, através do uso e aplicação das técnicas de procriação medicamente assistida, atenuar o desvio a uma norma biológica, ao passo que os juízes veem a possibilidade de ser atenuado o desvio a uma norma jurídica e constitucional. Ambas, contudo, construções sociais.

O *habitus* linguístico, enquanto parte do capital simbólico detido, é uma expressão do *habitus* profissional e da posição objetiva dos entrevistados nos campos da Medicina e do Direito (Bourdieu, 1977), o que constitui um enquadramento explicativo para a diferença discursiva face às técnicas médicas reprodutivas. Apesar das prováveis homologias, as regras de estruturação dos campos também registam diferenças, o que potencia processos de construção de princípios geradores das ações e das representações distintos face ao mesmo fenómeno (cf. Bourdieu, 2002b), no caso, a PMA. Como a autonomia relativa dos campos médico e jurídico não significa, todavia, que sejam impermeáveis relativamente ao contexto sócio-histórico, o *habitus* incorporado no seio de cada campo por parte dos agentes que nele se movem apresenta, também, traços semelhantes, o que acaba por permitir a captação de elementos discursivos convergentes face aos fenómenos (idem).

Assim, se as formulações discursivas médicas e jurídicas face à PMA são distintas, o propósito que lhe é atribuído assemelha-se: as tecnologias médicas reprodutivas são orientadas para a tentativa de preenchimento de uma descontinuidade não intencional entre a

relação sexual e a reprodução biológica. Todos os entrevistados revelam, de forma mais ou menos explícita, uma associação conceptual entre feminilidade e maternidade, o que reforça a definição de procriação medicamente assistida que se assumiu nesta dissertação: a de que constitui um conjunto de procedimentos médicos que visa reproduzir *habitus* de género que reiterem performativamente o ideal de feminilidade maternal, conjugal e heterossexual. Introduz-se, portanto, um paradoxo, especialmente considerando o registo discursivo de alguns juízes, que apesar de aceitarem os princípios orientadores do diploma que regula a PMA, referem a possibilidade de alargamento do âmbito de beneficiários aos casais lésbicos. Mas se, por um lado, parecem apontar em direção a uma posição favorável à maternidade lésbica e à sua concretização por via da assistência médico-tecnológica, por outro, acabam por propender para a reprodução de um modelo de bimaternidade baseado na estrutura familiar tradicional assente na biparentalidade.

Figura 3. Esquema semântico das representações médicas e jurídicas da PMA



O pressuposto biomédico no qual a aplicação das tecnologias médicas reprodutivas se alicerça é o de que estas não constituem meios diretos de obtenção de uma gravidez, mas, antes, dão corpo a um conjunto de métodos de gestão da fertilidade que operam no sentido da eliminação dos riscos e dos obstáculos biológicos à procriação (Donovan, 2008, p. 22). Considerando o caso português, um confronto com a lei que regula a aplicação da PMA (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho) revela que a infertilidade medicamente diagnosticada assume o papel de comando na definição dos beneficiários dos tratamentos disponibilizados pela Medicina da Reprodução. Na medida em que esse diagnóstico é obtido após doze meses de tentativa de procriar por via do ato sexual, na ausência de contraceção, dá-se conta da existência de uma narrativa legislativa orientada pela norma heterossexual, o que coloca entraves no acesso dos casais lésbicos à assistência médico tecnológica para procriar (Donovan, 2008, p. 22). O principal argumento mobilizado pelos entrevistados para justificar o impedimento legal de disponibilização de técnicas de procriação medicamente assistida a estes casais é o de que “as lésbicas não são inférteis”: (i) “Depois está outra coisa, há outras situações que não são no contexto da infertilidade, como o caso dos casais homossexuais. Eles não são, necessariamente, inférteis mas não têm outro meio de poder ter um filho que não através de uma técnica, porque, no fundo, a sua natureza igual em termos de género não lhes permite de outra forma” (E3M, 2012); (ii) “E, depois, dizem ‘as lésbicas são férteis, portanto, que arranjem um homem. Que façam o sacrifício. Que façam o sacrifício de estar com um homem para ter filhos’” (E5J, 2012). Em função destas afirmações, uma das principais questões que emerge é a que coloca Donovan (2008), no sentido de saber de que forma a medicina consegue dar resposta às situações em que às mulheres lésbicas é diagnosticada, de facto, uma incapacidade biológica que as impede de procriar. Um dos juízes entrevistados debruça-se, igualmente, sobre esta questão:

“Então e se um casal de mulheres tiver um amigo, por exemplo? [...] Ou, até, vamos pôr as questões quase a roçar aqui a provocação – não digo a imoralidade, mas a falta de ética [...] – que é porem um anúncio ‘procura-se indivíduo do sexo masculino, com estas características e tal, tem que ter X idade’. Fazem-lhe exames médicos à capacidade física, analisam a genética [...] e chegam ao ponto em que dizem ‘eh pá, és tu!’ Nem estou a dizer para que seja em recolha de sémen, não. ‘Vamos manter relacionamento sexual estritamente para a procriação. Sem dinheiro, sem nada. Vamo-nos dar aqui muito bem, até somos amigos, agora até solidificamos aqui uma amizade e tudo’. E não conseguem. Não conseguem as duas. Não conseguem. Mas vão dizer ‘ah, atenção que a lei foi criada para os casais e não tem a ver com a intervenção de terceiros’. [...] Será que só se põe a questão da

aplicação da lei quando a incapacidade é originária de um dos membros do casal? E o que é que se faz àquela situação em que há um terceiro e, mesmo assim, elas não conseguem engravidar? Como é que se descalça essa bota?” (E7J, 2012).

O modelo médico que sustenta os tratamentos de (in)fertilidade é orientado pelo pressuposto de que o foco de intervenção médica é o casal heterossexual, e, como tal, não oferece possibilidade de intervenção sobre os corpos das mulheres que integram casais lésbicos (Donovan, 2008, p. 16). Mas se o argumento da fertilidade dessas mulheres – e, portanto, da ausência de diagnóstico de infertilidade – é usado para justificar o impedimento legal que lhes é interposto para acesso à PMA, é de notar a emergência de incongruências nos discursos dos médicos entrevistados quanto aos requisitos necessários para a disponibilização dos tratamentos médicos reprodutivos a um casal heterossexual. Por exemplo, o vaginismo foi referido como um elemento que abre portas à assistência médico-tecnológica para procriar, mesmo não constituindo situação de infertilidade ou de doença grave, infecciosa ou genética, que são as condições definidas por lei (Lei n.º 32/2006, de 36 de julho). De acordo com um dos médicos, “Por exemplo, a PMA muitas vezes é utilizada, ou algumas vezes é utilizada – e nós já o fizemos na minha equipa – em casais que não conseguem ter relações porque a esposa tem problemas de vaginismo, portanto, não consegue que haja penetração vaginal [...]. Já tive um casal que estavam casados há oito anos e que nunca tinha havido penetração vaginal. Mas esta é uma situação de doença, de patologia, não é? Seja de caráter físico, bem demonstrado, seja de caráter psicológico” (E1M, 2012). Ainda que nos casais lésbicos também não exista possibilidade de penetração vaginal nos mesmo moldes do que sucede com um casal heterossexual, a sua situação não é, todavia, considerada, do que decorre a mobilização, por parte dos médicos especialistas em Medicina da Reprodução, de um conjunto de disposições subjetivas estruturadas a partir da interiorização de um quadro valorativo e moral enquadrado pela heterossexualidade normativa, que rege a sua atividade quotidiana e que, por isso mesmo, tende a reproduzir-se (cf. Bourdieu, 2002b).

Esta argumentação é reforçada pelo poder de alegação de objeção de consciência que é legislativamente conferido aos médicos e que pode ser utilizado nas situações em que considerem que determinado procedimento entra em rutura com os princípios éticos e morais que perfilham (Lei n.º 32/26, de 26 de julho). De acordo com dois médicos entrevistados, uma dessas situações é a da aplicação de técnicas de PMA a casais lésbicos: (i) “Num casal de lésbicas, não estou de acordo, e digo-lhe já que, mesmo que a lei venha a permitir, eu não o farei, tanto quanto é possível afirmar hoje, porque o nosso pensamento pode evoluir. Por

exemplo, respeito mais a possibilidade, e tenho como mais provável a possibilidade de o fazer, perante uma mulher só. Perante um casal de lésbicas vejo isso como uma menor probabilidade” (E1M, 2012); (ii) “Na altura nem havia lei mas expliquei-lhe que, em princípio, achava bem que ela tivesse um homem. Portanto, não concordava. E fiquei com a minha objeção de consciência e não lha fiz, como é evidente” (E4M, 2012). Porque o campo científico é um dos principais palcos de lutas simbólicas, intra e intercampos, travadas pelo monopólio da imposição legítima de definições das situações, é de notar, a partir dos discursos dos entrevistados, a existência de divergências quanto às definições legitimadas social e legislativamente. A título de exemplo, e a propósito do conceito de objeção de consciência imposto em resultado de uma luta travada entre os campos médico e jurídico – porque constitui um elemento que é incorporado pela prática médica, mas somente na medida em que a lei passou a regulá-lo – para um dos juízes – que, não por acaso, se posiciona favoravelmente face à maternidade lésbica e ao acesso dos casais lésbicos à PMA –, a possibilidade de alegação de objeção de consciência não devia existir, uma vez que “O Serviço Nacional de Saúde tem que ser organizado de forma a que essas pessoas com objeção de consciência não impeçam – porque, novamente, estariam a impor aos outros a vontade deles e os preconceitos deles – o cumprimento de uma obrigação do Estado. Sou rigorosamente contra isso. E quem não quiser estar, mobilidade. Vai para outro lado” (E5J, 2012). De igual forma, traduzindo lutas internas ao campo médico e intercampos médico e jurídico, este e outros entrevistados posicionam-se contra o impedimento legal de acesso de casais lésbicos às técnicas médicas reprodutivas nos serviços de Medicina da Reprodução privados, argumentando que “Se o Estado achar que que essas pessoas não deverão ter acesso às técnicas, como acham que, noutras situações, os casais também não têm – também limitam na idade, limitam no número de ciclos a fazer – poderão ter essas limitações em termos de custos para o Estado, de comparticipação. Não quer dizer que não possam tornar as coisas legais, não é?” (E2M, 2012). Para um dos juízes, a questão central é “Até que ponto, se as pessoas quiserem pagar, é legítimo a comunidade dizer ‘mas vocês, mesmo assim, a pagar, estão proibidas de fazê-lo. Sim, porque sim. Estão proibidas porque sim’. Isso é uma coisa que merece ser explorada porque o facto de uma determinada atividade ser financiada pelo dinheiro dos contribuintes, pela comunidade, significa que deve ser proibida? Se as pessoas estão dispostas a pagá-la?” (EJ5, 2012).

Na esteira de Bourdieu (1977) a produção linguística integra uma componente relativa à relação simbólica estabelecida entre os intervenientes na ação discursiva, alicerçada no volume de autoridade e legitimidade detido por cada um, daqui resultando que o discurso se

assume como um instrumento de poder voltado para a obtenção de crédito, respeito, reconhecimento e obediência por parte dos intervenientes. No caso dos entrevistados, os discursos acerca da procriação medicamente assistida integram elementos que podem ser perspectivados como fontes de exercício de poder sobre aqueles que têm acesso aos mesmos, especialmente considerando os casos de heterodoxia relativamente aos campos médico e jurídico. O uso dos verbos “ser”, “dever” e “ter”, devidamente conjugados, traduzem uma fonte de poder exercida pelos médicos no decorrer da ação discursiva, na tentativa de imposição de uma perspectiva que pretendem ver aceite, especialmente contextualizando os discursos num episódio interaccional para a captação de posições sobre a maternidade lésbica, temática sobre a qual não se registaram as representações sociais mais favoráveis entre alguns dos entrevistados de ambos os grupos profissionais, como mais à frente será desenvolvido. Como argumenta um dos médicos relativamente ao que perfil de candidatos à PMA que considera adequado, “[...] na minha opinião, neste momento, é um perfil patológico, isto é, a procriação medicamente assistida é para resolver problemas de infertilidade” (E1M, 2012). Outro declara que as técnicas de PMA, “Em geral, devem ser aplicadas a casais que pretendem engravidar e que não o conseguem fazer naturalmente, certo? Portanto, a prioridade destas técnicas será para esses casais que tentam reprodução normal e não conseguem, e que têm algum tipo de doença ou algum fator que não permite que engravidem espontaneamente” (E2M, 2012). Em síntese, “Tem que haver condições clínicas para as pessoas o fazerem” (E2M, 2012)³⁴. O excerto do primeiro médico parece pretender transmitir a mensagem de que a PMA é um tratamento, um ato médico terapêutico de intervenção num corpo doente, sendo a utilização dos verbos “é” e “tem” uma forma de imposição da perspectiva, ainda implícita nesta fase da entrevista, de que só se aplica a casais de sexo diferente. Já os do segundo, parecem traduzir a ideia de vulnerabilidade do estado de saúde dos indivíduos e a existência de um percurso em direção a um objetivo que é dificultado por entraves biológicos, passando, da mesma forma, a mensagem de que o conhecimento médico é o único capaz de amenizar esse processo e oferecer a cura. De forma implícita, o uso dos verbos “devem” e “será” parece funcionar como imposição de uma associação conceptual entre casamento, heterossexualidade e procriação.

No caso dos juízes esse exercício de poder foi menos visível, ainda que a referência dos termos “lei” e “direito” constitua, *per se*, uma fonte de exercício de poder simbólico no contexto da ação discursiva. Quanto às motivações que considera que devem estar na base da

³⁴ Consultar anexo 3 para informação mais detalhada.

oferta e da procura de assistência médico-tecnológica para procriar, um dos juízes argumenta que “É a impossibilidade comprovada de os beneficiários que estão elencados na lei não conseguirem procriar por métodos naturais” (E6J, 2012). No mesmo sentido, outro declara que a perspectiva dominante é a de que “[...] quando esta norma, esta lei e os procedimentos por ela criados são subsidiários, parece-me que, se é subsidiário, então é quando o casal não conseguir procriar por ele próprio; não pode ser ligado a uma questão originária de duas mulheres que estão casadas” (E7J, 2012). Nestes dois casos, o uso da referência à lei reforça a imposição obrigatória de determinadas situações para acesso às técnicas médicas reprodutivas – diagnóstico de infertilidade e casais de sexo diferente –, passando a mensagem de que a lei é o instrumento de poder que emoldura a aplicação da PMA. Numa tentativa de impor a sua posição face aos requisitos impostos para acesso às técnicas médicas reprodutivas, o segundo juiz declara que “[...] a procriação medicamente assistida tem a ver com aquela questão de direito a constituir família, sobretudo. Sobretudo, é o direito a constituir família” (E7J, 2012). A referência a um direito e não a um objetivo – como surge nos discursos médicos, principalmente – transmite a ideia implícita de que é de atribuição obrigatória a quem dele pretender disfrutar. Passa, igualmente, a ideia de que o modelo de vivência normativo é o de uma situação em família, que, por sua vez, remete para um esquema cognitivo estruturado pela associação direta entre conjugalidade e procriação, do qual não ficam excluídos os casais lésbicos.

Para além do que foi referido, existe um traço distintivo entre as fontes de poder discursivas mobilizadas por ambos os profissionais. Se, no caso dos juízes, os termos “lei” e “direito” remetem para um conjunto de conhecimentos materializados nos textos legislativos, o que atua no sentido de objetivar as posições subjetivas, no caso dos médicos, o uso dos verbos ser, ter e dever para impor a visão de que só os casais de sexo diferente com perfil patológico é que devem ter acesso à procriação medicamente assistida dá conta da emanção de uma posição subjetiva que se autossustenta, a ver pela inexistência de referência ao enquadramento legal da aplicação da PMA para a justificar. Vistos por aqueles que têm poder de regular e julgar a sua atividade profissional – juristas – como técnicos com competência, responsabilidade e orientação moral adequadas para a resolução das situações clínicas com as quais se deparam, os médicos parecem deter poder suficiente para que as suas posições e práticas não sejam questionadas e, portanto, para impor as suas próprias normas (Silva, 2008, p. 99). Nas palavras de um dos juízes, quanto à questão do número de tentativas medicamente acompanhadas para obtenção de gravidez a que um casal se pode submeter, “[...] terá que ser um médico, de um colégio de médicos, terá que haver uma opinião bem formada no que diz

respeito a essa questão de dizer ‘três não, passamos para quatro; três não vale a pena, só duas’. Isso não poderão ser os juristas. É daquelas coisas em que o legislador tem que parar e ouvir, e estudar muito bem, ouvir quem sabe para, depois, então, fazer a norma” (E7J, 2012).

Quadro 2. Fontes de exercício de poder por parte dos entrevistados através do discurso

<i>Fontes linguísticas</i>	<i>Grupo profissional</i>	<i>Notas interpretativas</i>
<p>“e”</p> <p>“devem”</p> <p>“será”</p> <p>“são”</p> <p>“tem [que]”</p>	Médicos	De forma implícita, o uso destes verbos parece funcionar como imposição de uma associação conceptual entre casamento, heterossexualidade e procriação. São mobilizados no contexto de enunciados que parecem traduzir a vulnerabilidade do estado de saúde dos indivíduos e a existência de um percurso em direção a um objetivo que é dificultado por entraves biológicos, passando, da mesma forma, a mensagem de que o conhecimento médico é o único capaz de amenizar esse processo e oferecer a cura. Como tal, transmitem a mensagem de que a PMA é um tratamento, um ato médico terapêutico de intervenção em corpos portadores de determinadas condições clínicas, refletindo o poder médico de delimitação do conjunto de beneficiários da assistência médico-tecnológica para procriar.
<p>“lei”</p> <p>“direito”</p>	Juízes	Uso da referência à lei parece reforçar a imposição obrigatória de determinadas condições para acesso às técnicas médicas reprodutivas – casais de sexo diferente –, passando a mensagem de que a lei é o instrumento de poder que emoldura a aplicação da PMA. A referência ao “direito [a constituir família]” remete para a ideia implícita de que é de atribuição obrigatória a quem dele pretender disfrutar, bem como para uma associação conceptual entre conjugalidade e procriação, que acaba por incluir os casais lésbicos.

Os discursos não podem ser compreendidos enquanto significantes, por si mesmos, quando descontextualizados de um modo de produção linguística inerente às formas de funcionamento do campo em que têm lugar (Bourdieu, 1977). O enquadramento dos discursos de médicos e juízes no discurso institucional que os representa permite, neste sentido, captar a coexistência dinâmica de elementos do *habitus* pessoal e de um *habitus* profissional nas lógicas de construção dos discursos por parte dos entrevistados, possibilitando detetar princípios geradores das representações da maternidade lésbica medicamente assistida estruturados a partir da participação em diferentes campos – social, médico e jurídico, principalmente. Exemplo disso são as posições de três entrevistados que são membros e,

como tal, também representantes de organizações que regulam, tanto explícita, como implicitamente, a prática médica no âmbito do uso e aplicação da procriação medicamente assistida, nomeadamente, de uma das Secções Regionais da Ordem dos Médicos, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (C.N.E.C.V.) e do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (C.N.P.M.A.)³⁵.

Atendendo aos discursos destes três elementos, pode dizer-se que se registaram diferentes dinâmicas entre esquemas de disposições subjetivas estruturadas a partir das vivências pessoais fora dos campos profissionais e esquemas de disposições subjetivas estruturadas pela ação no seio dos campos médico e jurídico, dando origem a três tipos de representações distintos: (i) uma dinâmica discursiva que reflete uma divergência entre as representações pessoais e as representações profissionais oficialmente veiculadas da maternidade lésbica e da PMA, preponderando a inerente à componente pessoal do *habitus* – caso do membro da Secção Regional da Ordem dos Médicos contactada³⁶; (ii) uma dinâmica discursiva que reflete a mesma divergência, mas na qual domina a representação inerente à componente profissional do *habitus* – caso do membro que concedeu a entrevista em representação do CNECV; (iii) uma dinâmica discursiva em que há uma maior convergência entre os dois tipos de componentes – caso do membro em representação do CNPMA.

A primeira dinâmica, geradora de representações predominantemente pessoais, pode ser demonstrada pela sequência discursiva das seguintes expressões: “Vivemos numa sociedade podre que não aceita as pessoas por serem homossexuais, masculinos ou femininos” e “Como é que na escola essa criança poderá explicar que os seus pais/mães são do mesmo sexo numa sociedade que ainda não permite que isso possa ser assim explicado?” (E10M, 2012). Se a referência ao efeito estigmatizante que pode ser exercido sobre as crianças constitui um argumento recorrentemente usado pelos médicos para justificar a moldura da lei atual que regula a PMA, referir-se à “podridão social” que gera processos de exclusão dos indivíduos atraídos erótica e sexualmente por outros do mesmo sexo traduz,

³⁵ No sentido de oferecer um quadro institucional mais completo aos discursos dos juízes, foi, também, contactado um membro do Conselho Superior da Magistratura que emitiu somente uma opinião por telefone, idêntica, aliás, à expressa no parecer emitido por este órgão quanto aos projetos de lei apresentados à Assembleia da República para alteração da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho: o Conselho Superior da Magistratura não deve tomar posição face a questões políticas. Pelo facto de não existir uma registo de informação recolhida presencialmente, bem como porque a posição expressa quanto à questão não permite retirar conclusões sistemáticas, esta informação não é apresentada na análise.

³⁶ A informação aqui apresentada relativamente ao discurso deste entrevistado é produto da memorização dos aspetos mais importantes que foram referidos no encontro presencial. Uma vez que não foi possível gravar nem tirar anotações por imposição do entrevistado, a informação aqui facultada constitui uma aproximação o mais fidedigna possível àquilo que foi dito. Por não haver qualquer referência que possa quebrar o anonimato do entrevistado, considerou-se que as informações recolhidas podiam ser usadas para efeito analítico.

implicitamente, uma posição pessoal favorável face à maternidade lésbica, ideia que é reforçada quando, na questão que levanta, o entrevistado problematiza o facto de a maternidade lésbica constituir um fenómeno que, socialmente, não adquiriu legitimidade de coexistência com outros modelos de maternidade, e quando refere, noutra ponta da entrevista, que tem muitas amigas lésbicas. Para além disso, existe uma referência explícita à divergência entre a sua posição pessoal face ao acesso dos casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar e a posição oficial da Ordem dos Médicos acerca da questão. Segundo o médico em causa, o Conselho da Secção Regional da Ordem dos Médicos contactada é constituído por onze membros, sendo que a maioria deles partilha da sua opinião (favorável) acerca do casamento entre pessoas do mesmo sexo e da possibilidade de os casais gays e lésbicos poderem ser pais/mães. Referiu, no entanto, a existência de alguns membros que se posicionam de forma diferente, em função de uma ideologia distinta, nomeadamente católica.

O conteúdo destas afirmações parece permitir concluir que os discursos médicos acerca da maternidade lésbica são divergentes, mas que, publicamente, devem assumir contornos unificados, mais conservadores, que confluem com o quadro de valores que a Ordem, tradicional e historicamente, defende, o que faz sobressair o cariz de regulação social, bem como individual, que esta instância assume. Recorrendo a Elias e Scotson (2000, p. 26) é possível argumentar que a Ordem dos Médicos constitui um grupo dominante envolto num carisma grupal partilhado por todos os membros que o integram, o que constitui a “recompensa pela submissão às normas específicas do grupo. Esse preço tem que ser individualmente pago por cada um de seus membros, através da sujeição da sua conduta a padrões específicos de controle dos afetos”.

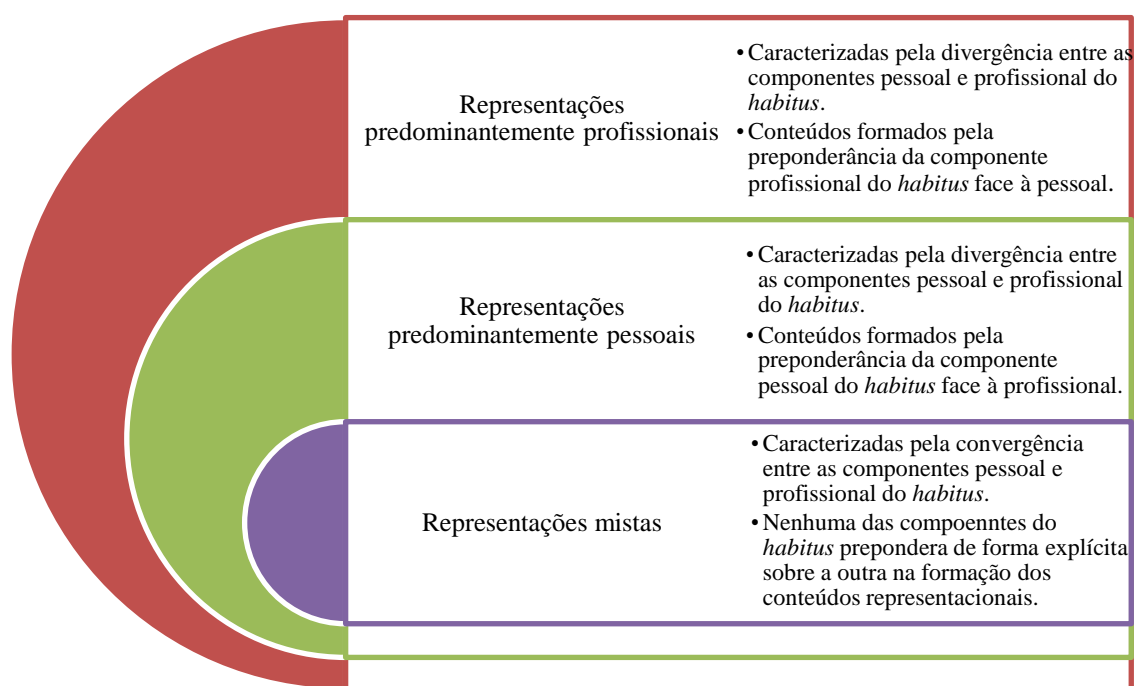
A segunda dinâmica, geradora de representações predominantemente profissionais, pode ser demonstrada pela afirmação – que reflete uma posição pessoal – de que “Desejaria que houvesse cada vez menos candidatos à PMA”, sendo que “Para isso, era preciso que as pessoas comesçassem a ter filhos mais cedo”, seguida da declaração – que traduz uma posição profissionalmente enformada – de que “Apesar de não fazer consultas de esterilidade – já fiz, agora já não faço –, concerteza que reconheço que, em certos casais, não ter um filho é motivo de sofrimento” (E4M, 2012). Ainda que evidencie a existência de um esquema perceptivo que gera representações individuais da procriação enquanto produto de um ato sexual entre um homem e uma mulher, este tipo de afirmações evidencia, igualmente, a coexistência de disposições subjetivas profissionalmente estruturadas que acabam por permitir a conceção da procriação enquanto encontro medicamente manipulado do material

biológico masculino e feminino. O uso de verbos performativos na enunciação do discurso reflete a preponderância da componente profissional do *habitus* na orientação da prática quotidiana deste entrevistado, bem como na formação das suas representações acerca da PMA e da maternidade: a utilização discursiva do verbo “reconheço” numa oração declarativa que não tem função descritiva, na primeira pessoa do singular e no presente do indicativo, assume a particularidade de, ao ser enunciado, realizar, por si só, um ato (Austin cit. por Ruiz, 2006, p. 108-109). Desta forma, ao enunciá-lo, o entrevistado está, de facto a levar a cabo a ação de reconhecimento que enuncia (Ruiz, 2006, p. 113), o que indicia uma reiteração performativa da associação conceptual entre casamento, (heteros)sexualidade e procriação ao referir-se a uma situação de ausência de filhos no seio conjugal como “sofrimento”. Pode dizer-se, então, que quer uma, quer outra componente do *habitus* do entrevistado acaba por reproduzir a representação da maternidade como algo a ser exercido numa situação de conjugalidade, e, a ver pela referência à “nossa estrutura antropológica [...] dual, masculina e feminina” (E4M, 2012), de heterossexualidade.

A terceira dinâmica, que dá conta de representações mistas, pode ser demonstrada pelo uso de enunciados discursivos que expressam um processo de mobilização de esquemas cognitivos que refletem as estruturas funcionais do campo jurídico e, simultaneamente, as estruturas funcionais do campo social (cf. Bourdieu, 2002b), com a particularidade de convergirem tanto ao nível do significado manifesto, como do latente. Exemplificativo do primeiro processo e representativo da componente profissional do *habitus* é o enunciado seguinte: “Como juiz, é isso que eu tenho feito toda a minha vida, é isso que eu ensinava às pessoas quando tive a felicidade de ter estagiários. Nós, para podermos julgar uma pessoa, temos que nos pôr nos sapatos dela, temos que nos pôr na situação dela” (E5J, 2012). Exemplificativos do segundo processo e representativos da componente pessoal do *habitus* são os seguintes enunciados: (i) “E o desejo de ter filhos é uma coisa que é natural em quase toda a gente, portanto, são raras as pessoas que não têm esse desejo”; (ii) “Porque, ao fim e ao cabo, as lésbicas e os gays, portanto, os homossexuais masculinos, também têm o desejo de ter filhos, só não querem é procurar alcançar essa finalidade através da forma que a natureza desenvolveu para isso, que é o relacionamento heterossexual” (E5J, 2012). Ao nível manifesto, estes excertos expressam uma associação conceptual direta entre *ser mulher/ser homem* e *ser mãe/ser pai*, independentemente de a mulher/ homem se sentir atraída(o) erótica e sexualmente por alguém do mesmo sexo ou de sexo diferente, significado evidenciado pelo uso da expressão “não podemos julgar” e dos termos “desejo”, “natural”; “toda [a gente]” e “raras [as pessoas]”. Ao nível latente, contudo, o significado parece adquirir outro sentido,

especialmente se se atentar no uso do verbo “querem”, que parece traduzir a ideia implícita de que os indivíduos que se sentem atraídos erótica e sexualmente por outrem do mesmo sexo não têm filhos porque “não querem” submeter-se ao tipo de relação sexual dominante, pois, caso contrário, não precisariam de recorrer à assistência médico-tecnológica para procriar. Ainda que os excertos citados sejam proferidos no âmbito de uma posição intencionalmente favorável ao alargamento dos beneficiários da PMA aos casais lésbicos, não pode deixar de ser considerada a existência de uma relação dialética entre a situação atual e o *habitus*, e que este integra disposições subjetivas espaço-temporalmente distintas que interferem, a cada momento, na atribuição de significado aos fenómenos (Bourdieu, 2002b). Como tal, as que são inerentes à componente pessoal do *habitus* procedem a uma associação lógica entre feminilidade e maternidade, exercendo influência sobre os esquemas percetivos estruturados a partir da componente profissional.

Figura 4. Síntese das dinâmicas de representações acerca da maternidade lésbica



3.1. Ser mãe (não) é para todas: A maternidade em dois pesos e duas medidas

Em função do que até aqui foi dito, decorre que está presente nos discursos de todos os entrevistados, individual ou institucionalmente considerados, a percepção do *feminino/masculino* como o *materno/paterno*, e, neste sentido, a maternidade/paternidade como elemento de desempenho performativo da *doxa* (Butler, 1990; Bourdieu, 2002b). É recorrente o uso de termos que traduzem a reprodução de uma representação da parentalidade como algo inerente à condição humana – “desejo”, “instinto”, “objetivo”, “essencial”, “natural”, “normal” – que deve ser exercida na existência de algumas condições – “casal”, “casamento”, “união de facto”, “relação”, “vínculo”. Se, para alguns entrevistados, estes elementos bastam, permitindo incluir os casais lésbicos no acesso à PMA, para outros, deve acrescentar-se outros elementos de enquadramento da atividade parental, que os exclui: “pai”, “homem”, “diferentes”, “complementaridade”, “tradicional”, “conservador” ou “familiar”³⁷. Nas palavras de um médico, “Evidentemente que o desejo de ter um filho é um desejo legítimo de toda a gente, pronto, de qualquer mulher – homossexual, heterossexual, sozinha, solteira” (E3M, 2012). Para um juiz, “[...] será natural que as mulheres pensem na maternidade, até por uma questão de realização e complementação, enfim, estarem completas enquanto seres humanos” (E9J, 2012). Quanto às condições em que o exercício da atividade maternal deve ter lugar, “Ou é o casamento, ou é uma união de facto que já dure, pelo menos, há dois anos” (E6J, 2012). Na maioria dos casos não está em causa, contudo, uma conceção ampla de casamento ou de união de facto, uma vez que “[...] à partida, é desejável que uma criança tenha como pai e mãe pessoas de sexos diferentes e de géneros diferentes” (E4M, 2012). Estas afirmações convergem com o argumento de Donovan (2008, p. 21), segundo o qual a construção essencialista da existência de um instinto maternal tem na base o pressuposto de que todas as mulheres são geneticamente/biologicamente equipadas para serem mães, pelo que a obtenção de completa realização pessoal só é atingida quando derem seguimento àquilo que é, com base no mesmo proposto essencialista, o seu destino biológico, enquadrado pela heteronormatividade.

Os discursos dos entrevistados são pautados, em paralelo, por aquilo que Goffman (2006) designa de quadros primários naturais e sociais. Na terminologia Goffmaniana, os quadros constituem esquemas interpretativos mobilizados pelos indivíduos para a atribuição de sentido às atividades em que estão envolvidos. Esses esquemas de referência são

³⁷ Consultar anexo 4 para informações mais detalhadas.

considerados primários quando são aplicados com base num conhecimento que se tem como certo acerca da realidade, podendo assumir dois tipos de organização em função do cariz das explicações que permitem avançar para os fenómenos (Goffman, 2006, p. 23). Assim, por um lado, existem os quadros primários naturais, que se apresentam como um sistema de formulações explicativas baseadas em determinantes naturais, não deliberadas ou não intencionais, e, por outro, os quadros primários sociais, que constituem um sistema de formulações explicativas derivadas da intencionalidade dos indivíduos, de objetivos e motivações individuais para a produção de efeitos pretendidos (Goffman, 2006, p. 24-25). Se ao referirem que a maternidade é algo tradicional, resultante de um desejo/instinto feminino natural, cuja concretização é essencial e deve ter lugar no seio de uma relação conjugal heterossexual refletem a mobilização de um quadro primário natural na atribuição de significado à atividade maternal, refletem, igualmente, a mobilização de um quadro primário social. Aquilo que consideram ser resultante de uma distinção – que compele à complementaridade – natural entre o género feminino e o género masculino constitui, ela própria, uma construção social que ganha forma por via de um processo de socialização que opera a partir da naturalização da biologia (Oakley cit. por Elliott, 2009, p. 188).

Enquanto sistema de disposições que não faz convergir, necessariamente, as suas condições de produção e as suas condições de funcionamento (Bourdieu, 2002b), o *habitus* dos entrevistados faz transparecer, a partir da enunciação discursiva das representações da maternidade, a existência de traços disposicionais acumulados a partir de diferentes campos e contextos sócio-históricos – mais recentes ou mais distanciados no tempo. Quando as mais recentes – resultantes de processos de mudança social na estrutura familiar – são dominantes no enquadramento da atividade maternal, com maior probabilidade se transpõem conceitos associados ao modelo tradicional de maternidade para o modelo da maternidade lésbica; quando as mais antigas se sobrepõem no enquadramento da atividade maternal, não existe essa transposição (cf. Bourdieu, 2002b; Goffman, 2006). Destacando excertos discursivos dos entrevistados, verifica-se que entre os juízes é mais visível a referência a institutos tradicionalmente associados aos casais de sexo diferente para se referirem às relações entre pessoas do mesmo sexo – “casamento”, “união[de facto]” –, o que é reforçado pelo uso de adjetivos que traduzem a semelhança de ambos os tipos de relações – “idênticas”.

“Havendo, agora, a possibilidade do casamento, parece-me que essa ideia sairá mais reformada, se bem que, quanto a mim, será apenas formalmente, porque mais uma vez digo: as anteriores orientações legislativas e jurisprudenciais entendiam que a união de

indivíduos do mesmo sexo – tirando aqui uma questão ou outra – tinha que se *reger* exatamente pela *união de indivíduos de sexo distinto*, nomeadamente, no que diz respeito ao *casamento*”. [...] “Portanto, depois daquela argumentação que eu fiz, chego à conclusão que, efetivamente, aqui são duas situações *idênticas*, e permitindo-se aos casais heterossexuais o recurso à procriação medicamente assistida através desta legislação, não há razão, digo eu, para limitar o acesso a casais de duas mulheres” (E7J, 2012).

Entre os profissionais do direito o uso de pronomes indefinidos nas formulações discursivas acerca da maternidade – “ninguém”, “qualquer” – parece indicar a preponderância de disposições subjetivas adquiridas em contextos sociais de mudança das conceções de família e conceitos derivados – designadamente, os de casamento, de maternidade, de paternidade e/ou de filiação – no enquadramento da atividade maternal. Esta posição reflete-se no uso de sinais de pontuação como a vírgula na referência sequencial à maternidade e à paternidade, o que pode, talvez, ser lido, de forma mais ou menos explícita, como uma dissociação entre os conceitos e, como tal, como uma definição conceptual mais ampla da maternidade.

“Agora, o que eu acho é que *ninguém* pode ficar para trás nos seus direitos num sistema jurídico que, aparentemente, se rege pelo princípio da igualdade, pelo princípio da não discriminação”. [...] Entretanto, é feito o tratamento e zangam-se, e lá se vai o projeto de vida, tal como noutro casal *qualquer* (E6J, 2012).

“Quer dizer, e parece-me que uma das formas de amar o próximo é, por exemplo, dedicar-se *à maternidade, à paternidade, à parentalidade*” (E7J, 2012).

Pelo contrário, entre os profissionais médicos, para além da maior presença do termo “pai”, é comum o uso da conjunção coordenativa copulativa “e” entre os termos “pai”/“mãe” ou “masculina”/“feminina”, o que indicia uma associação conceptual direta entre ambos e, como tal, uma definição mais restrita de maternidade.

“[...] é algo que também me perturba ajudar a conceber uma criança que, à partida, não tem *pai*” (E1M, 2012).

“Acho que não há tanto [...] aquela coisa de um pai *e* de uma mãe” (E3M, 2012).

“Aceito parcialmente isso, mas o ideal é que, além do amor, haja géneros diferentes no pai *e* na mãe”. [...] “Eu já lhe expliquei que, desejavelmente, esse projeto parental deve assentar numa figura masculina *e* feminina” (E4M, 2012).

Face às posições médicas, as posições jurídicas demonstram, de uma forma mais vincada, a aceitação de outros modelos de maternidade para além do dominante, atendendo a que uma mulher “pode querer ter um filho sem ter um pai para o filho porque pode decidir ir pela monoparentalidade em vez de ir pelo esquema da biparentalidade, independentemente de essa biparentalidade estar enquadrada num casamento ou noutro género de situação, como uma união de facto” (E6J, 2012). Ademais, regista-se a presença, nos discursos de todos os juízes entrevistados, de uma referência a características que definem qual deve ser o papel de uma mãe e que podem ser atribuídas a qualquer mulher, independentemente do tipo de estrutura familiar em que está inserida. Remetem para “competência” e “capacidade” de disponibilizar às crianças um conjunto de condições emocionais e materiais. Para o primeiro juiz, “Devia olhar[-se] para as pessoas e ver se elas têm ou não competências para serem bons progenitores” (E5J, 2012), uma vez que, de acordo com o segundo “Ser mãe é criar, é ajudar, é gostar, é dar atenção, é dar carinho, é fazer tudo o que se possa para que o filho que se tem cresça o melhor possível em termos de afeto, de conforto, etc.” (E6J, 2012). Para o terceiro, “Um indivíduo desestruturado, seja lá ele homem ou mulher, se não tiver capacidade para ser pai ou mãe, não pode ser. Isso não tem a ver com a orientação sexual” (E7J, 2012), atendendo a que, na perspetiva do quarto, o exercício da maternidade “É o exercício pleno da responsabilidade parental, que passa por tudo: pelo afeto, pela imposição de regras, por saber educar, por saber amar [...]” (E8J, 2012). Enfim, para o quinto, “Mãe adequada, pai adequado, progenitor adequado é aquele que consegue transmitir aos seus filhos, e dar aos seus filhos, equipar os seus filhos com, a nível emocional, afeto; a nível educacional, normas, regras [...]” (E9J, 2012).

As definições das situações não são independentes daquilo que Goffman (2006) designa de marcadores externos³⁸, que constituem delineadores espaço-temporais dos episódios interacionais, permitindo proceder, na terminologia do autor, à ancoragem da situação num determinado contexto sócio-histórico e facultando elementos materiais ou simbólicos de atribuição de significado ao que é feito e dito. Considera-se, neste trabalho, que os marcadores externos podem assumir graus de distanciamento distintos no tempo e no espaço face ao momento da produção discursiva, e que a sua importância na modelação dos princípios geradores das ações e das representações se faz sentir independentemente do tempo decorrido. Ainda que não estáticas e eternas, como argumenta Wacquant (2007, p. 66-67), as disposições subjetivas são dotadas de inércia, a ver pela dinâmica circular de geração de

³⁸ Adotam-se, ao longo do trabalho, as traduções dos conceitos originais de Goffman feitas por Nunes (1993).

práticas e representações sociais estruturalmente condicionadas que, por sua vez, adquirem capacidade geradora de contextos estruturais distintos, moldados por novas práticas que condicionaram/permitiram. Na mesma linha de raciocínio, uma vez inseridos num campo, os indivíduos partilham experiências que proporcionam o desenvolvimento de uma componente comum do *habitus*, sendo que esta adquire capacidade compreensiva dos sentidos partilhados – estrutural e historicamente potenciados – atribuídos aos fenómenos (Brandão, 2007, p. 33). Mas porque é, também, formada uma componente pessoal derivada de experiências individuais, os *habitus* adquirem disposições diferenciadas e diferenciáveis que permitem a compreensão de práticas e representações distintas entre indivíduos que se movem nos mesmos campos (ibidem). Ajustando a terminologia Goffmaniana aos encontros formais estabelecidos entre a investigadora e os entrevistados, pode dar-se conta de um conjunto de marcadores externos de natureza sócio-histórica que podem ter exercido influência sobre os discursos veiculados acerca da maternidade, em geral, e da maternidade lésbica, em particular, principalmente considerando que todos, de forma mais ou menos explícita, traduzem a partilha de uma representação comum da maternidade enquanto instituto tradicional e heterossexual, e, paralelamente, de alguns aceitarem a ampliação do conceito a outros modelos maternais.

Neste sentido, as transformações ao nível da organização familiar podem ser assumidas como o primeiro marcador externo. À luz de Aboim (2003, p. 14), desde a década de 1990 que está em curso, de forma acentuada, um processo de “modernização da vida familiar”, refletido pelo aumento de situações de conjugalidade informal, pela crescente dissociação entre casamento e maternidade/paternidade – o que influencia o decréscimo das taxas de natalidade –, pelo aumento das taxas de divórcio ou pela crescente visibilidade das famílias recompostas. Assinalam-se alterações nos papéis de género e no lugar e importância da criança, e aumentam as famílias monoparentais (Wall, 2003). Para além disso, sublinha-se a aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo em Portugal, em 2010 (cf. Lei 9/2010, de 31 de maio). Concomitantemente às disposições subjetivas adquiridas neste contexto estrutural marcado por processos de mudança na instituição familiar, o *habitus* dos entrevistados é constituído, todavia, por camadas de disposições subjetivas adquiridas noutros contextos, o que potencia enquadramentos da atividade maternal caracterizados por uma mescla de argumentos derivados de esquemas percetivos distintos em coexistência.

Considerando que os médicos e os juizes entrevistados se situam no intervalo etário entre os 40 e os 60 anos de idade, sendo a maioria do sexo masculino – 7 homens e 3 mulheres – pode considerar-se como marcador externo o regime ditatorial do Estado Novo.

Baseado numa ideologia orientada pelos valores da família, o regime Salazarista assumiu contornos de demarcação clara entre os domínios masculino e feminino, constitucionalmente plasmados³⁹, acabando por serem definidas como apanágio feminino a domesticidade e a maternidade, enquadradas num ambiente de submissão necessária ao homem (cf. Brandão, 2007). Foram, inclusivamente, criadas organizações com o objetivo de exaltar o ideal de feminilidade proposto e defendido pelo Estado: a Obra das Mães para a Educação Nacional e a Mocidade Portuguesa Feminina (Brandão, 2007, p. 74). A primeira tinha como objetivos principais, entre outros, “orientar as mães portuguesas para bem criarem os filhos”, “estimular a educação familiar” e fazer a apologia do “conforto do lar como ambiente educativo”, para além da organização da secção feminina da Mocidade Portuguesa (Cova & Pinto, 1997, p. 82). Esta última foi criada com carácter de frequência obrigatória para as raparigas até aos 14 anos, orientada pelo objetivo de impor a aceitação dos valores familiares (ibidem). Ora, por via da inculcação precoce dos valores ideológicos veiculados neste período – e ainda remanescentes décadas mais tarde – através de um processo de interiorização do social, a formação de esquemas disposicionais estruturados por determinados ideais de feminilidade e de masculinidade dinamizou, assim, um processo de socialização do individual (cf. Bourdieu, 2002b). A ideologia Salazarista funcionou como um elemento de poder simbólico e, como tal, como elemento de estabelecimento de um consenso acerca do mundo social que atuou no sentido da integração social numa certa “ordem gnoseológica” e, como tal, no sentido da reprodução social das formas de *ser mulher* e de *ser homem* que pretendia ver perpetuados (Bourdieu, 1989). Este processo não será alheio às referências, mais ou menos explícitas, às experiências de maternidade e de paternidade de alguns entrevistados: (i) “A principal motivação talvez seja o facto de eu ser mãe e de a maternidade ter sido uma experiência absolutamente fantástica na minha vida” (E3M, 2012); (ii) “Envolvi-me nisto há 17 anos, precisamente. A minha filha vai fazer amanhã 17 anos e foi depois de ela nascer” (E2M, 2012); (iii) “Bom, quer dizer, e agora fala um pai [...]” (E7J, 2012); (iv) “Portanto, é evidente que o juiz concorre, muitas das vezes, pensando, também, na sua vida, na sua família. Se tem filhos pequenos, vive no Porto, em princípio, interessar-lhe-á um tribunal que fique

³⁹ Com base em Miranda (cit. por Brandão, 2007, p. 71), o Artigo 5.º da Constituição de 1933 explicitava que “A igualdade perante a lei envolve o direito de ser provido nos cargos públicos conforme a capacidade ou serviços prestados, e a negação de qualquer privilégio de nascimento, nobreza, título nobiliárquico, sexo ou condição social, salvo, quanto à mulher, as diferenças resultantes da sua natureza e do bem da família, e, quanto aos encargos ou vantagens dos cidadãos, as impostas pela diversidade das circunstâncias ou pela natureza das coisas” (Miranda cit. por Brandão, 2007, p. 71). Apesar da alteração que sofreu em 1971, com a substituição da expressão “salvas quanto à mulher” por “salvas, quanto ao sexo”, o Artigo continuou a fazer uma distinção clara entre domínios de homem e domínios de mulher (ibidem).

relativamente próximo da sua área de residência para poder compatibilizar a sua vida familiar com a sua vida profissional” (E9J, 2012).

Outro marcador externo, em estreita ligação com o primeiro, é o poder da religião que ainda se faz sentir na sociedade portuguesa. O poder da Igreja Católica foi reforçado no Estado Novo através da reprodução dos valores veiculados pelas encíclicas⁴⁰, que fundados na diferença ontológica entre homens e mulheres, proclamavam o exercício das tarefas do lar e da maternidade como necessariamente femininas (Cova & Pinto, 1997, p. 72). Com isto, o casamento foi exaltado como a única fonte legítima de constituição de família, não fosse o seu principal propósito a procriação, enquanto necessidade funcional de regeneração da espécie (Cova & Pinto, 1997, p. 73). Um contexto particular de socialização onde os preceitos religiosos adquirem o estatuto de sistemas simbólicos potencia o desenvolvimento sub-reptício de esquemas percetivos estruturados em conformidade com os ditames católicos, do que resultam atribuições de sentido comuns aos fenómenos recorrendo a quadros primários naturais religiosamente fundamentados (cf. Bourdieu, 1989, Goffman, 2006). De facto, ainda que se diga que o poder religioso declinou na modernidade, que “o mundo [se] tornou [...] a-religioso, regido pelo poder secular, estranho a qualquer intromissão teocrática” (Costa, 2006, p. 30), é possível encontrar, ainda, vestígios de interferência do catolicismo na estruturação da ordem social. A título exemplificativo, segundo Menéndez (2007, p. 767), os portugueses são os mais ligados à Igreja Católica em toda a Europa, verificando-se uma tendência de passagem de uma religiosidade forte para uma religiosidade ainda mais intensa. Apesar de os discursos dos entrevistados terem sido produzidos em torno de um tópico que não é consensual, ele próprio, com o ideário religioso – a procriação obtida através de meios não naturais –, o que indicaria um afastamento face às crenças religiosas mais enraizadas no que respeita à procriação, a análise categorial temática revelou a presença do tema “justificações de cariz religioso” para argumentar contra o acesso de casais lésbicos à procriação medicamente assistida. Curiosamente, as referências mais explícitas à influência de um campo religioso surgem nos discursos dos dois médicos mais velhos, e que, portanto, já se movem há mais tempo num campo social religiosamente influenciado: (i) “Repare, eu não tenho nada contra a homossexualidade, mas imagine que toda a humanidade é homossexual. O mundo acaba em três gerações. Já pensou nisso? Se toda a humanidade for homossexual, [...] 100%

⁴⁰ As encíclicas constituem documentos pontifícios dirigidos aos bispos e aos fiéis de todo o mundo, que refletem a posição da Igreja Católica acerca de um tema específico. As que melhor exemplificam um apelo católico – apropriado pela política de Salazar – à domesticidade e à maternidade da mulher, fundado nos princípios da diferença e complementaridade dos géneros masculino e feminino, são as *Rerum Novarum* (1891), *Casti Connubii* (1939) e *Quadragesimo anno* (1931) (Cova & Pinto, 1997).

homossexual – portanto, não estou a falar em bissexual –, e não houver PMA – que só existe há 30 anos – o mundo tinha acabado em três gerações” (E4M, 2012); (ii) “Portanto, todas as circunstâncias da nossa vida nos trazem limitações que eu tenho que viver e aceitar. E não me parece que seja função da procriação medicamente assistida [...] ultrapassar isso” (E4M, 2012); (iii) “No casal de lésbicas [...] é algo mais contranatura do que a educação de uma criança apenas por uma mulher” (E1M, 2012); (iv) “Portanto, não é por acaso que nos mamíferos há um macho e uma fêmea. Pronto, e é preciso um macho e uma fêmea para a reprodução das crianças – sim, para a reprodução das crias, digamos assim – nos mamíferos” (E4M, 2012).

Decorrente dos anteriores, as representações sociais dominantes do género feminino, por um lado, e da homossexualidade, por outro, constituem, então, outro marcador externo. De acordo com Amâncio & Wall (2004, p. 5), numa perspetiva comparativa dos países europeus do norte, centro e sul orientada pelo objetivo de perceber quais os mais conservadores e os mais liberais quanto à divisão do trabalho doméstico, apesar de Portugal se situar numa das posições menos conservadoras relativamente à participação dos homens no desempenho de tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, posiciona-se, todavia, numa das posições mais conservadoras quanto às opiniões face aos impactos do trabalho feminino no seio familiar⁴¹. Especificamente no que respeita à divisão das tarefas domésticas entre os casais portugueses, verificou-se que as tarefas reservadas às mulheres se relacionam preponderantemente com o tratamento do lar e da família (Amâncio & Wall, 2004, p. 6)⁴². Quanto à homossexualidade, de acordo com dados do Eurobarómetro de 2006 (Comissão Europeia, 2006, p. 85-91), é possível dizer que Portugal se situava na 5ª posição da hierarquia de países onde a discriminação com base na orientação sexual mais se fazia sentir. De igual forma, não se encontrava nas melhores posições face à possibilidade de ter um líder político pertencente à comunidade gay e lésbica. Partindo de uma análise comparativa das atitudes face à homossexualidade efetuada a nível internacional, Smith (2011, p. 16) conclui que, em

⁴¹ Dados recolhidos no âmbito do *International Social Survey Programme* de 2002, subordinado ao tema *Família e Género*. Foi feita uma comparação entre Portugal e outros países europeus do norte, centro e sul com base em três índices, calculados em função das posições dos inquiridos numa escala de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente): (i) a divisão do trabalho pago, que remete para o trabalho feminino fora de casa; (ii) a divisão do trabalho não pago, que remete para o trabalho masculino na esfera doméstica; (iii) o emprego e a maternidade, que remete para os impactos do trabalho das mulheres na família. Para o primeiro índice, Portugal registou uma média de 4.1, face a uma média geral de 3.7, o que o coloca numa posição menos conservadora; para o segundo índice, registou uma média de 3.7, igual à média geral; para o terceiro índice, registou uma média de 2.6, face a uma média geral de 3.2, o que o coloca numa posição mais conservadora (Amâncio, 2004, p. 5).

⁴² De acordo com a maioria das opiniões expressas relativamente à divisão do trabalho doméstico, verificou-se que “tratar da roupa, limpar a casa, preparar as refeições e cuidar dos doentes” são tarefas consideradas femininas (Amâncio & Wall, 2004, p. 6).

2008, apesar de Portugal ter registado um decréscimo significativo na percentagem de respostas que considerava que as relações entre pessoas do mesmo sexo eram erradas, 41,9% dos inquiridos ainda se posiciona da mesma forma – face a um valor de 73,7% registado uma década antes –, valor significativo quando comparado com os 28,9% de inquiridos que consideraram não se tratar, de todo, de um comportamento errado⁴³. Considerando a dinâmica acumulativa do *habitus*, a sua construção com base num processo de mobilidade intercampos e a sua componente de género (Bourdieu, 2002b), pode, talvez, dizer-se que os discursos emitidos refletem disposições subjetivas geradas por condições socioculturais que impelem ao exercício da maternidade emoldurada pela heterossexualidade conjugal.

Como produto parcial dos anteriores, outro marcador externo é a própria lei que regula o uso e a aplicação da procriação medicamente assistida. Tendo por base a ideia de que o Direito e a Medicina dispõem de poder de imposição de mundividências específicas, não será despidendo o argumento de que o texto juridicamente redigido com base em conhecimentos médico-científicos modela, em parte, as representações dos entrevistados de cada campo acerca da maternidade. O modelo maternal já referido corresponde àquilo que Goffman (2006) designa por “literalidade” da realidade, i.e., face aos traços discursivos dos médicos e dos juízes entrevistados, corresponde ao modelo maternal “original”, de carácter não transformado. O que o diploma legislativo de regulação da PMA vem introduzir é, neste sentido, um tipo de maternidade que corresponde a uma “transformação” do original, à qual os médicos e os juízes aderem apenas dentro dos limites que essa transformação estabelece: entre outros, a conjugalidade e a heterossexualidade. A referência à lei é comum nos discursos captados, o que demonstra a sua capacidade de estruturação dos princípios cognitivos individuais. Nas palavras dos médicos, “[...] a nossa lei é muito restrita e nós só fazemos o que é legal” (E2M, 2012), pois “[...] a lei acima de tudo. Independentemente das nossas convicções, nós temos que seguir a lei” (E3M, 2012). Assim, “A partir do momento em que cá é proibido, eu não devo proceder a qualquer ato ilícito e, portanto, eu não os vou encaminhar e apoiar na procura da resolução desse problema porque a lei portuguesa me obriga a não o fazer” (E3M, 2012). Para os juízes, “A primeira coisa é que nós temos que atender à lei, não podemos chegar a uma conclusão que não tenha o mínimo de apoio na lei” (E7J, 2012). Desta forma, “Então, se está permitido, lei é lei. A lei é dura e cega, não é? Se

⁴³ Dados recolhidos através do *International Social Survey Program* (ISSP), aplicado em 5 momentos distintos – 1988, 1991, 1994, 1998 e 2008. Considerando a temática das atitudes face à homossexualidade, para o caso português apenas são disponibilizados dados relativos a 1998 e a 2008.

está estipulado que sim, é para ser cumprido, doa a quem doer, e independentemente daquilo que a pessoa que está a aplicar a lei pense” (E8J, 2012).

3.2. A maternidade lésbica na balança médica e jurídica: de perturbadora a constitucional

Enquanto estrutura que organiza as práticas e as representações individuais em função das suas condições de produção, o *habitus* incorpora uma dinâmica de tensão entre as disposições geradas em diferentes campos, eles próprios palco de ocorrência simultânea de processos de reprodução e de mudança social, derivados das lutas simbólicas estabelecidas entre os agentes que neles se movem e que são dotados de quadros valorativos mais orientados para a manutenção ou para alteração do *status quo* (Bourdieu, 2002b). Como tal, as atribuições de significados à maternidade lésbica são feitas atendendo aos dois tipos de disposições.

As representações da maternidade lésbica são discursivamente construídas por proposições-chave que operam por associação/dissociação ao modelo tradicional e heterossexual de maternidade, dando origem a duas posições distintas. Se o conceito de maternidade é, para alguns entrevistados, somente aquele que está enquadrado numa relação de complementaridade com um indivíduo do sexo oposto, regulado pelo instituto do casamento ou pelo regime da união de facto, e que é parte integrante de uma responsabilidade que deve depender da paternidade, a maternidade lésbica, existindo, subverte a premissa central de que *a mãe é a complementar/dependente do pai*. A primeira posição é a que deriva de uma estruturação discursiva dirigida pelo argumento de que *a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes*, do que resulta a representação da maternidade lésbica como *diferente, excecionalmente aceitável, liberal, acessória, perturbadora, contranatura, problemática, caprichosa, acidental, empobrecedora, egocêntrica, desintegradora, e estigmatizante*⁴⁴. Como demonstrado nas palavras de um médico – grupo que partilha, maioritariamente, esta posição – o acesso à procriação medicamente assistida “[...] não pode ser o capricho, não pode ser opção, tem que haver uma patologia, das mais distintas”, dado que “[...] se fosse acrescentar fatores demasiado liberais à utilização das técnicas de procriação medicamente assistida, algumas coisas poderiam ser

⁴⁴ Consultar o anexo 5 para informações mais detalhadas.

postas em causa, nomeadamente, coisas essenciais, portanto, não se poderia pôr em causa o essencial para resolver problemas acessórios, digamos assim” (E1M, 2012). O mesmo médico afirma, ainda, que “[...] é algo que também me perturba ajudar a conceber uma criança que, à partida, não tem pai [...]”, especialmente considerando que “No casal de lésbicas, eu penso que a relação é uma relação que, obviamente, tenho que respeitar, mas [...] é algo mais contranatura do que a educação de uma criança apenas por uma mulher” (idem). Assim, “Conceber, de novo, uma criança no âmbito dessas situações é algo, de facto, muito problemático, para o qual eu tenho muitas dúvidas” (idem). Estas afirmações convergem com a tese de Lewin (cit. por Hequembourg & Farrel, 1999, p. 541) de que a maternidade é representada como a expressão natural de uma essência feminina e de que o lesbianismo traduz uma rutura com a ordem de género e sexual, assumindo contornos de independência face a uma figura masculina e de um cariz não procriativo, pelo que a identidade maternal e a identidade lésbica são socialmente incomensuráveis. Excluídas da conceção dominante de maternidade – heterossexual –, as mães lésbicas são consideradas como não-naturais e como fonte de ameaça para as crianças que por si forem criadas (Donovan, 2008, p. 22).

A preocupação com a possível vertente desintegradora que uma situação de vivência no seio de um casal lésbico, por ser concebida como diferente, pode ter para as crianças é visível nos discursos de alguns médicos: “Sabemos, muitas vezes, que em sociedades mais conservadoras, mesmo em termos familiares, as famílias, portanto, que são heterossexuais podem não aceitar as características das crianças das famílias homossexuais e isso é que pode levar, de alguma maneira, à não integração plena destas crianças geradas nestas novas famílias, neste novos conceitos de família [...]” (E3M, 2012); “Oiça, você não me vai dizer que duas mulheres é igual a um homem e uma mulher, ou que dois homens é igual a um homem e uma mulher. Pois. Porque acho que há uma complementaridade entre géneros diferentes que não há entre duas mulheres e dois homens” (E4M, 2012). No seguimento da sua linha de raciocínio, o entrevistado declara que, para ele, quanto aos casais lésbicos, “Criar uma criança, [...] só por acidente” (E4M, 2012). Associando a identidade maternal a uma identidade dissidente, a identidade da mãe lésbica é assumida como dissonante, do que resulta que os médicos e os juízes expressam um sentimento de dúvida quanto à capacidade de as mães lésbicas desempenharem um bom papel maternal (Hequembourg & Farrel, 1999, p. 541).

Como já foi referido num ponto anterior deste trabalho, a vontade de ter filhos é, contudo, vista como um desejo legítimo, decorrente de um instinto procriativo inerente à condição feminina, ainda que não signifique que deva ser satisfeito. Aos olhos de uma parte

dos médicos e dos juízes entrevistados, a maternidade parece ser encapsulada por uma disposição subjetiva que estrutura o *habitus* feminino, mas que só deve ser ativada situacionalmente, particularmente nos contextos em que a reprodução biológica concorra para a reprodução social da heterossexualidade e dos conceitos de família, maternidade e paternidade que lhe estão associados (cf. Bourdieu, 2002b). Noutros contextos, a disposição subjetiva deixa de ser estruturante, passa a ser coibida e o *habitus* feminino é considerado independente do *habitus* materno (idem). Desempenhando performativamente algumas normas de género, os casais lésbicos subvertem, todavia, aquelas que se interseitam com a sexualidade, resistindo à “sanção” que consiste na relação heterossexual e que, à partida, lhes está reservada pelo facto de serem mulheres (Butler, 1999). Esta subversão representa, para alguns médicos e juízes entrevistados, uma situação de egocentrismo por parte das mulheres, bem como de estigma e de menor riqueza para as crianças:

“Não sei mesmo se o interesse das crianças, neste momento – questiono-me –, estará suficientemente acautelado com essa situação, juridicamente tutelada, de uma criança ser filha [...] de dois pais ou duas mães, tendo em conta ainda o estigma que isso iria causar na própria criança” (E9J, 2012).

“Presumo que seja mais enriquecedor no desenvolvimento espiritual de um ser vivo ter uma referência masculina e feminina em termos da sua estrutura parental e familiar” (E4M, 2012).

“[...] muitas vezes, as mulheres lésbicas e, pronto, os casais homossexuais masculinos, aquilo que os preocupa é a satisfação do seu bem-estar, dos seus objetivos e daquilo que apregoam como os seus direitos, sem pensarem, se calhar, tanto quanto deveriam, no bem-estar da criança que pretendem criar [...]” (E3M, 2012).

Na esteira de Goffman (2006), considerando os discursos do grupo de entrevistados que se posiciona desfavoravelmente face à maternidade lésbica e ao acesso dos casais lésbicos à assistência médico-tecnológica para procriar pode, talvez, dizer-se que este tipo de modelo maternal constitui uma “remodalização”, i.e., uma dupla “transformação” do modelo que é considerado originalmente legítimo. O modelo maternal realizado por via da aplicação de técnicas de procriação medicamente assistida constitui a primeira transformação – porque está ausente o procedimento procriativo natural, existindo intervenção de terceiros no processo –, à qual os entrevistados aderem dentro de limites estabelecidos, nomeadamente os impostos legislativamente, na definição do conjunto de beneficiários da PMA. Como a maternidade

lésbica para além de refletir uma dissociação clara entre ato sexual conjugal e procriação representa, também, uma situação familiar estruturalmente distinta – ausência do elemento do género masculino –, apresenta, na terminologia Goffmaniana (2006), a adição de uma dupla laminação, ou, por outras palavras, de uma dupla distinção face à atividade maternal heterossexual tradicional. Isto no que diz respeito ao enquadramento da maternidade, porque se se considerar a sexualidade, *per se*, introduz-se uma nova laminação, pelo facto de as relações entre duas pessoas do mesmo sexo representarem, para os entrevistados, uma atividade transformada face às relações sexuais normativas.

Numa análise à teoria de Goffman, Nunes (1993) refere que as atividades transformadas têm períodos de duração curtos, na medida em que aqueles que nelas estão envolvidos tendem a procurar evidências que confirmem a originalidade da situação. Adotando esta perspetiva aos discursos recolhidos, é possível dizer que também os médicos especialistas em Medicina da Reprodução fizeram referência a essa necessidade de procura de evidências confirmatórias que lhes permitam perspetivar a realização de um projeto parental por via da PMA não como uma transformação *da* forma original de concretização, mas como uma transformação *para* a modalidade original (Nunes, 1993, p. 38). A verificação da existência de situação de infertilidade, da manifestação de uma anomalia psíquica, ou a confirmação da vivência conjugal constituem as três principais evidências que os profissionais médicos procuram confirmar antes de pôr em curso a aplicação das técnicas reprodutivas: (i) “Portanto, estão só a ser utilizadas para casais que têm mesmo o diagnóstico de infertilidade” (E3M, 2012); (ii) “Pedi o parecer do psiquiatra assistente [...] acerca de haver, ou não, condições para prosseguir o tratamento naquele casal ou fazer o tratamento nesse casal” (E1M, 2012); (iii) “Neste contexto, eu pedi uma avaliação, aliás, solicitei um parecer da psiquiatra que seguia a senhora, portanto, especificamente quanto à sua possibilidade, capacidade e competência para assumir a maternidade” (E3M, 2012); (iv) “Se nós não tivermos provas, se tivermos desconfiança de que não vivem juntos, deveremos pedir um certificado à Junta de Freguesia da zona de residência, que diz que já vivem em união de facto há mais que dois anos. [...] Os casais vêm a dizer que estão juntos e, pronto, nós aceitamos isso. Mas se desconfiarmos que tal não é, ou que não é o companheiro, deverão ser portadores dessa declaração” (E2M, 2012).

Para Bourdieu (1977), a palavra, por si só, não tem significado, pelo que a compreensão daquilo que transmite é apenas possível quando delimitada por um contexto situacional específico. Considerando os marcadores externos anteriormente referidos e atentando aos enunciados dos entrevistados, verifica-se a existência de um conjunto de

marcas discursivas explícitas que permitem assinalar representações desfavoráveis da maternidade lésbica, mas é de sublinhar, igualmente, a existência de outros elementos que operam a um nível mais latente, cuja presença é de importância significativa para a compreensão dos princípios geradores dessas representações. Por exemplo, na expressão “se fosse acrescentar fatores demasiado liberais [...]” (E1M, 2012), a utilização da conjunção subordinativa condicional “se” seguida do verbo no pretérito imperfeito do subjuntivo “fosse” parecem traduzir a ideia de que a possibilidade de os casais lésbicos virem a ter acesso à PMA é uma hipótese que dificilmente será concretizada, como aliás, o próprio entrevistado afirma: “digo-lhe já que, mesmo que a lei venha a permitir, eu não o farei” (E1M, 2012). O uso do advérbio “demasiado” reforça essa ideia, ao parecer atribuir à maternidade lésbica características muito diferentes da maternidade heterossexual. Outro exemplo, é o da expressão “[...] haverá situações de carácter excecional em que poderá ser aceitável uma situação como essa, porventura” (E1M, 2012). O uso de dois verbos no futuro – haverá e poderá – parece traduzir a ideia de que a coexistência da maternidade lésbica com outros modelos de maternidade pode ser possível, ainda que o entrevistado não vislumbre em que situações – uma vez que não corresponde ao modelo que considera mais adequado –, carácter de dúvida que é, também, expressado pelo uso do advérbio “porventura”.

Do excerto “nessas circunstâncias, eu penso que para dar azo ou dar oportunidade a um instinto procriativo, aí a situação da adoção terá um cabimento maior” (E1M, 2012), a expressão “nessas circunstâncias” traduz uma ideia de distanciamento face à conceção de um modelo maternal como a maternidade lésbica, a ver pelo uso do pronome demonstrativo na forma contraída “nessas”, ideia que se repete na expressão “conceber, de novo, uma criança no âmbito dessas situações [...]”, dado o emprego de um pronome semelhante – “dessas”. No excerto “não pode ser o capricho”, a utilização do artigo definido “o” antes do adjetivo remete para a ideia de que o modelo específico de maternidade em causa constitui o único capricho entre todos os modelos maternos, do que resulta que a sua concretização não é uma necessidade, ao contrário das mulheres heterossexuais que recorrem à PMA. Nos excertos “aquilo que os preocupa é a satisfação do seu bem-estar, dos seus objetivos e daquilo que apregoam como os seus direitos” e “não pensem só naquilo que é a satisfação do vosso bem-estar e a satisfação e a concretização dos vossos projetos” (E3M, 2012) parece expressar-se, através do uso dos pronomes possessivos “seu”, “seus”, “vosso” e “vossos”, a ideia de que a pretensão de concretização da maternidade no seio de um casal lésbico é partilhada por um grupo restrito, passando a ideia de distanciamento face àquilo que são os objetivos dos outros. O uso do grau comparativo de superioridade nas frases “presumo que seja mais enriquecedor

no desenvolvimento espiritual de um ser vivo ter uma referência masculina e feminina em termos da sua estrutura parental e familiar” (E4M, 2012) e “um homem e uma mulher, para a educação de uma criança, a meu ver, é mais rico do que dois homens ou duas mulheres” (E9J, 2012) remete para a existência de uma hierarquia de modelos maternos/paternais, correspondendo a maternidade lésbica ao estrato inferior da pirâmide e, como tal, àquela que deve ocorrer com menos frequência. De facto, Mattar e Diniz (2012) teorizam em torno daquilo que designam por “hierarquias reprodutivas”, argumentando que o modelo reprodutivo que ocupa o topo piramidal é o que se insere no seio de uma relação conjugal estável, heterossexual e monogâmica, localizando-se a maternidade lésbica numa posição quase de base, em estreita correspondência com as hierarquias sexuais.

No reforço da argumentação anterior, e com base no pressuposto de que as mães lésbicas põem em risco o bem-estar dos filhos (Donovan, 2008, p. 17), “o superior interesse da criança/bem supremo da criança” surge como um instituto invocado frequentemente pelos entrevistados que se posicionam desfavoravelmente face à maternidade lésbica medicamente assistida: “Com a modificação e a alteração sobre os direitos da criança, que têm vindo nos últimos anos, realmente, a sofrer bastante alteração no sentido, precisamente, dos direitos da criança e da criança enquanto sujeito de direitos, a focalização da situação alterou-se, e hoje o que interessa é que, essencialmente, o interesse da criança seja salvaguardado” (E9J, 2012); “Em relação à restante posição, ou, vá lá, à abertura a outras situações não subsidiárias, é assim: a minha grande preocupação é sempre, em todas as circunstâncias em que se trata, de facto, de pretensão à obtenção de futura gravidez, o bem supremo da criança” (E3M, 2012). De acordo com Jackson (2002, p. 176), a preocupação com o bem-estar das crianças que irão ser geradas com apoio médico-tecnológico tem sido assumida como central na definição legislativa de quem deve poder aceder aos tratamentos disponibilizados pela Medicina da Reprodução. Constitui, todavia, para a autora, um princípio injusto, ao escrutinar a capacidade parental dos candidatos previamente à conceção do nascituro, principalmente quando os casais que procriam sem assistência médico-tecnológica não são sujeitos a essa avaliação (idem).

Alguns juízes entrevistados convergem com esta posição, ao declararem que “[...] se for procriação biológica ninguém vai questionar se quiser engravidar, e se tiver um companheiro ou um marido ninguém vai pôr em causa, pronto, ninguém lhe vai pôr um cinto de castidade e dizer ‘ah, você não pode engravidar’” (E7J, 2012), ainda que se verifiquem situações em que “[...] o que acontece é que as pessoas que têm a felicidade – nem sabem que têm – de ter filhos sem necessidade de grande trabalho, a maior parte delas, se calhar, não

obedece a esses critérios que eu acho que são um bom pai ou uma boa mãe” (EJ5, 2012). Outro, ainda, questiona “Porque é que seria de exigir requisitos a essas pessoas, se aos outros ninguém lhes exige nenhum curso de responsabilidades parentais ou de adequação à parentalidade, por exemplo, antes de conceberem?” (EJ6, 2012). Aos médicos especialistas em Medicina da Reprodução é imputada a responsabilidade, legislativamente regulada, de preservar o bem-estar das crianças que serão geradas com a sua assistência (Jackson, 2002, p. 183). Assumir, no entanto, uma posição de proteção do interesse da criança constitui um empreendimento moral (Freidson, 2008), na medida em que parece implicar a assunção de uma concepção moral e ética subjetiva acerca da vida humana. Alguns dos juízes entrevistados recorrem ao suporte legislativo para argumentar em sentido desfavorável face a essas concepções morais e éticas que estão na base do impedimento legal de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida. Assim, declaram que “[...] a lei [...] diz que a personalidade jurídica se adquire com o nascimento com vida. Para o universo da lei, as pessoas só são pessoas quando nascem com vida” (EJ5, 2012), pelo que “No âmbito da procriação medicamente assistida, parece-me que não é de falar do superior interesse da criança. Não há criança. [...] Nem material. Não há nada, ali. É o que nós, no Direito, chamamos de concepturo, que é uma coisa que ainda vai ser concebida” (EJ7, 2012).

Se o conceito de maternidade com que alguns indivíduos de ambos os grupos profissionais operam quotidianamente admite outros modelos de maternidade para além do baseado na biparentalidade sexualmente diversa, então a maternidade lésbica reforça a premissa segundo a qual *a mãe é aquela que tem capacidades parentais de forma independente de outrem*. A segunda posição estrutura-se discursivamente em torno do argumento segundo o qual *a maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual*, o que desemboca na representação da maternidade lésbica como *optativa, constitucional, alternativa e tradicionalizada*⁴⁵. Para um dos juízes, decidir ser mãe e procurar assistência médico-tecnológica para procriar “[...] no fundo, deve ser uma decisão de cada pessoa, mas que a deve tomar de forma pensada, que não a deve tomar por modas, ou de ânimo leve [...]” (E6J, 2012). Na perspetiva de outro juiz quanto à impossibilidade legal de acesso dos casais lésbicos à PMA, “[...] perante a constituição que temos, eu acho que tudo o que sejam limitações, de uma forma, ou de outra, isto vai cair em inconstitucionalidades, porque acaba sempre por ser reconduzível a uma discriminação em função da orientação sexual” (E7J, 2012). Ainda para outro juiz, se “as lésbicas e os gays,

⁴⁵ Consultar o anexo 6 para informação mais detalhada.

portanto, os homossexuais masculinos, também têm o desejo de ter filhos” (E5J, 2012), a maternidade lésbica/paternidade gay deve poder ser uma alternativa.

Admitindo o nascimento e o desenvolvimento de uma criança no seio de um casal de lésbicas, os entrevistados parecem, contudo, fazê-lo pela tradicionalização destes modelos de maternidade. A regulação jurídica do casamento entre pessoas do mesmo sexo surge comumente como elemento argumentativo de enquadramento da desigualdade a que as mulheres lésbicas estão sujeitas pelo facto de, em idêntica situação de proteção jurídica, experienciarem distinto tratamento no acesso à PMA: (i) “Agora, é assim: hoje em dia já que é permitido o casamento entre homossexuais, provavelmente não sei porque não a procriação medicamente assistida para apoiar os casais homossexuais que querem procriar, não é?” (E2M, 2012); (ii) “Parece-me que não há razão nenhuma para evitar que duas mulheres, que são casadas entre si, não possam ter um filho, não possam engravidar” (E7J, 2012). A transposição de traços da fórmula restrita de casamento para concepções mais amplas do conceito acaba por reproduzir um processo de construção da identidade feminina apoiado na valorização do papel de mãe e de esposa (Brandão, 2007, p. 93), parecendo ser o que determina as posições favoráveis à expansão das possibilidades maternais dos casais lésbicos. Esse tipo de argumentação vai de encontro ao conceito de “gay normal” – ou “lésbica normal”, no caso – proposto por Seidman (2002): se se estiver em presença de mulheres que apresentem traços de género convencionais, tenham uma relação marital e reproduzam, pelo menos parcialmente, os valores familiares tradicionais, a possibilidade de concretizarem um projeto maternal por via do acesso à PMA é justificada e, com legitimidade, pode ser médica e juridicamente viabilizada. Implícito parece estar um duplo processo: sendo as representações da maternidade lésbica modeladas por decalcamento face à maternidade heterossexual, põe-se em curso um mecanismo de diluição da carga simbólica negativa que tem pairado sobre a possibilidade de exercício da maternidade no seio da igualdade sexual e de género, igualando-se um tipo de mãe a outra; concomitantemente, o estatuto de mãe igual a qualquer outra parece potenciar a diluição do conceito de diferença em torno do qual têm sido estruturadas as identidades homossexuais, o que representa o risco de se ativar um processo de assimilação heterossexual forçada, pela inexistência de símbolos significativos de projeção de uma identidade sexual divergente.

Quadro 3. Síntese das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica

<i>Argumento central</i>	<i>Adjetivos-síntese</i>	<i>Grupo profissional</i>
<i>A maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes</i>	Liberal Acessória Perturbadora Excecional Contranatura Problemática Caprichosa Desintegradora Acidental Diferente	Médicos
	Egocêntrica Empobrecedora Estigmatizante	Médicos e Juízes
<i>A maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual</i>	Constitucional Optativa Alternativa Tradicionalizada	Juízes

Numa linha de raciocínio baseada em Goffman (2006), ao contrário do que se verificou para o grupo de entrevistados que se opõe à maternidade lésbica – maioritariamente médicos –, o conjunto de entrevistados que opera com um conceito de maternidade mais amplo – maioritariamente juízes – parece conceber este tipo de modelo maternal como uma atividade idêntica à original, a ver, por um lado, pela referência às relações e uniões entre pessoas do mesmo sexo através dos mesmos termos usados para os casais de sexo diferente, e, por outro, pela definição da maternidade enquanto atividade feminina independente da existência de uma estrutura familiar nuclear tradicional. Daqui decorre, todavia, que é necessária a verificação de evidências específicas para que se confirme o quadro primário que incorpora a atividade maternal, nomeadamente a existência de uma relação conjugal, concretizada pelo casamento ou pela união de facto, o que é demonstrado pela posição de defesa do acesso dos casais lésbicos à PMA, dado já poderem oficializar a sua relação por via do casamento.

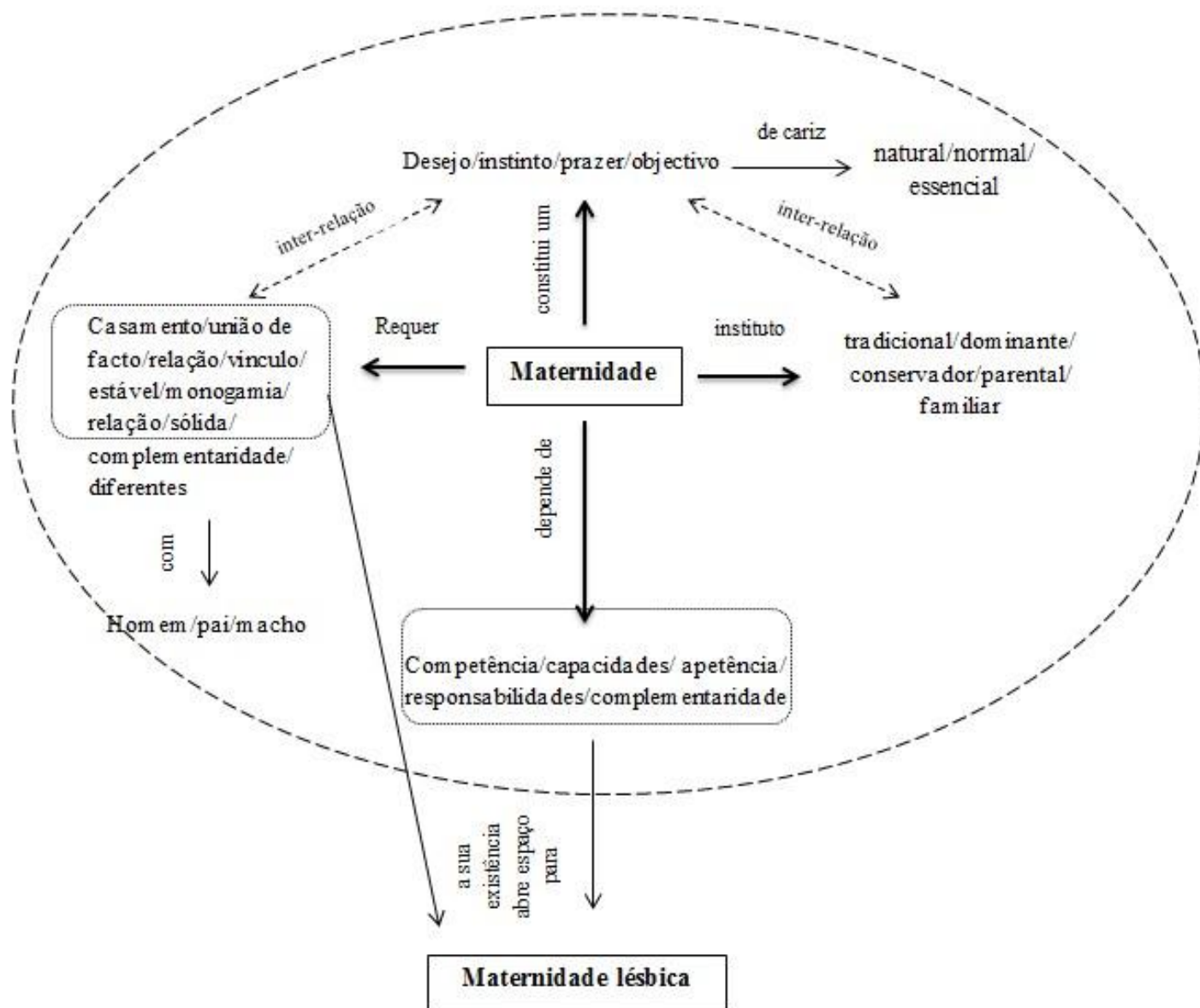
De interesse analítico revestem-se, também, aquilo que na terminologia Goffmaniana (2006) se designa por canais de atividade subordinados, que são os que asseguram a transmissão de informação que, não sendo central, pode adquirir relevância no desenrolar do episódio interaccional pelo caráter simbólico que a reveste. O canal de desatenção é aquele que maior importância parece adquirir na compreensão global dos discursos dos entrevistados, que, na conceptualização oferecida por Nunes (1993, p. 43), é o canal que “sustém os acontecimentos que podem ser ignorados pelos participantes no decorrer da interação”. Geralmente, com base nas notas registadas após a realização de cada entrevista relativas a elementos como gestos ou expressões faciais/corporais, pode, talvez, dizer-se que os entrevistados apresentam alguns elementos comuns emitidos pelo canal de desatenção em função do tipo de posições face à maternidade lésbica: (i) os que assumiram uma perspetiva mais desfavorável, emitiram elementos simbólicos como olhares, mais ou menos constantes, para as anotações da investigadora no decorrer da entrevista, o que parece indiciar uma postura de menor à-vontade na abordagem da temática, ideia que é reforçada pelo facto de ter sido neste grupo de entrevistados que se verificou uma maior apreensão na concessão de autorização para fazer um registo áudio, e de revelarem expressões corporais menos descontraídas – por exemplo, menor frequência de gesticulação manual; (ii) os que assumiram uma posição mais favorável, emitiram vários elementos simbólicos que parecem traduzir tanto uma postura de menor constrangimento na abordagem da temática, quanto face à presença da investigadora, nomeadamente, olhares diretos para esta e não para as suas anotações, fumar ou beber chá no decorrer da entrevista, e expressões corporais mais descontraídas – maior frequência de gesticulação manual e recosto na cadeira, por exemplo. Considerando que do primeiro grupo fazem parte, maioritariamente, médicos, e o segundo grupo diz respeito, principalmente, a juízes, pode dizer-se que as posturas de menor descontração dos primeiros e de maior à-vontade dos segundos se relacionam com o conteúdo da atividade profissional. Os juízes emitem, quotidianamente, decisões judiciais que devem ser cumpridas, pelo que, provavelmente, não recebem, com a mesma intensidade, a reação de quem com eles interage, o que lhes proporciona uma maior margem de liberdade para assumirem e veicularem perspetivas pessoais acerca de temáticas diversas.

3.3. Para onde o vento sopra...Em direção à reprodução ou à mudança social?



O *habitus* de cada indivíduo transporta memórias e experiências pessoais que, em acumulação tanto com novas vivências pessoais, tanto com acontecimentos profissionais, acaba por ir reestruturando as figuras mentais e respetivas materializações discursivas e práticas (cf. Bourdieu, 2002b). As representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica são intersetadas por esses dois planos, considerando que o contacto pessoal com mulheres lésbicas levou, tendencialmente, os entrevistados a propenderem para uma posição mais favorável à possibilidade de acesso dos casais lésbicos às tecnologias de procriação medicamente assistida, e apesar de a posição oficial do grupo profissional ser em sentido contrário, a maternidade lésbica é, com maior probabilidade, representada como algo que deve poder ser uma opção individual, uma alternativa ao modelo maternal heterotradicional, que se assemelha ao ideal do qual é decalcada. As posições profissionais tendem a predominar nos casos em que a vertente pessoal não oferece elementos significativos de contacto com a diversidade sexual que pesem na tomada de decisão – tendo existido contacto a título meramente profissional e, não por acaso, não intencional –, acabando por ser adotada a perspetiva grupal oficial.

Sintética e geralmente, registou-se, nos discursos dos entrevistados, a presença de dinâmicas de divergência tanto intragrupal, quanto intergrupar. As primeiras refletem-se no facto de se terem registado em ambos os grupos profissionais posições favoráveis e desfavoráveis à maternidade lésbica, sendo os argumentos esgrimidos ora contra, ora a favor – à parte construções discursivas tecnicamente médicas ou jurídicas – semelhantes. As segundas refletem-se na presença de representações da maternidade lésbica mais favoráveis entre os juízes do que entre os médicos. Fazendo um balanço quantitativo, e apesar de em todos os discursos estar presente de forma mais ou menos explícita o ideal-tipo de maternidade tradicional heterossexual, considera-se que o *habitus* jurídico é mais orientado para a mudança social e que o *habitus* médico é mais orientado para a reprodução social (ver Figura 5). O conteúdo da atividade profissional está, provavelmente, na base desta diferença, considerando que os profissionais do Direito entrevistados exercem as suas funções em Tribunais de Família e Menores e, como tal, têm quotidianamente contacto com situações resultantes dos processos de (re)organização familiar em curso na sociedade portuguesa.

Figura 5. Esquema-síntese das representações médicas e jurídicas da maternidade



Legenda:

-  Dinâmica discursiva com sentido de reprodução social
-  Dinâmica discursiva com sentido de mudança social

Para além do que até aqui foi dito, há outro elemento que permite sustentar o argumento das orientações dos *habitus* médico e jurídico – de reprodução social, a primeira, e de mudança social, a segunda. É a emergência de referências favoráveis às questões da legalização do aborto e da possibilidade de legalização da prostituição⁴⁶ nos discursos de alguns juízes que assumiram uma posição favorável face à maternidade lésbica medicamente

⁴⁶ Estas foram questões que se desviaram da temática central, mas, como foi referido no capítulo metodológico, por se ter considerado que constituíam peças lógicas da transmissão discursiva das representações acerca da maternidade lésbica, não se tentou coartar a sua referência no decorrer da entrevista.

assistida. O uso que delas foi feito assume, todavia, contornos diferentes. Um dos juízes assinalou a questão do aborto para passar a ideia de que há situações que, por mais discussões éticas e morais que gerem, devem ser legalizadas: “Temos outra questão aí, que é a questão do aborto, da interrupção voluntária da gravidez. Isso é uma realidade com tantas implicações, envolve tanta gente, são as mães, são os pais, são filhos – já estou a introduzir a minha convicção a dizer que o feto é o filho –, são quem praticava os abortos, fora clandestinamente... O que é que é melhor aqui? O que é que se ganha mais aqui? Ganha-se mais em controlar esta situação ou proibir a interrupção *tout court* porque vamos aqui proteger a vida do feto que já tem direito a proteção, mas vamos, com isto, criar um sub-mundo, ou coisas degradantes para as mulheres?” (EJ7, 2012). Seguindo esta linha de raciocínio, passa a ideia de que a maternidade lésbica medicamente assistida deve ser possível e legislativamente regulada.

Outro juiz referiu a questão do aborto no contexto de exposição das motivações que o levaram a envolver-se com a temática da PMA. O seu envolvimento prévio nas campanhas a favor da despenalização do aborto foi essencial nesse envolvimento: “Quando foi a primeira campanha pela descriminalização do aborto eu tive alguma intervenção, mas como sou juiz não me quis envolver muito. Mas conheci um conjunto de pessoas, na área do “sim”, como é óbvio. Depois, fiquei extremamente chocado. Completamente. Foi, para mim, uma coisa mesmo horrível a vitória do “não”. E eu disse: ‘Eh pá, isto agora, necessariamente, terá que haver outro, não é? Desta vez não vou bloquear mais’. E, depois, quando chegou a segunda campanha, [...] pronto, finalmente lá acabámos por ganhar. Ainda bem para todos nós. Para a comunidade, para as mulheres, para todos nós” (EJ5, 2012). A defesa ativa dos direitos das mulheres parece estar, então, na base da sua posição de defesa de acesso dos casais lésbicos à procriação medicamente assistida.

De forma semelhante, o terceiro juiz faz referência ao aborto no sentido de expressar a sua posição face à alteração da lei que regula a interrupção voluntária da gravidez: “Por exemplo, olhe, quanto à posição face à questão – que anda novamente aí – da interrupção voluntária da gravidez, eu há coisas que não entendo como é que se continuam a dizer nos tempos que correm. Como é que alguém acha, por exemplo, que o punir-se a interrupção voluntária da gravidez vai aumentar o número de nascimentos, por exemplo? Que isso é bom para a mulher, ou que é bom para a humanidade em geral, por exemplo?” (EJ6, 2012). Com o intuito de reforçar a sua posição de defesa dos direitos das mulheres, o mesmo juiz faz referência, ainda, à possibilidade de legalização da prostituição feminina, declarando que “[...] a prostituição existe. E agora o que eu pergunto é: por acaso, a clandestinidade atual, o

facto de não haver um sistema oficializado de proteção, de consideração profissional – que até evitaria alguma estigmatização, que já é residual mas que ainda existe –, permitiria diminuir, por exemplo, a exploração sexual e o tráfico de pessoas e a situação de vulnerabilidade das vítimas da prostituição, por exemplo, através do lenocínio, que é a exploração sexual por grupos organizados, etc.?” (EJ6, 2012). Face a um posicionamento favorável à alteração de leis para maior proteção das mulheres, a posição de defesa da alteração da lei que regula a aplicação da PMA no sentido da inclusão lésbica parece estar, então, justificada.

Nenhum dos *habitus*, médico e jurídico, exterioriza, todavia, somente um conjunto de disposições subjetivas mais propensas para enveredar ora por esquemas interpretativos ou práticas quotidianas orientados para a reprodução social, ora orientados para a mudança social (Bourdieu, 2002b). A coexistência de ambas é visível na presença, nos discursos dos entrevistados, de questões históricas como os debates em torno da origem da homossexualidade, sendo essa coexistência particularmente evidente no caso dos juízes, uma vez que a maioria dos profissionais do Direito se posicionou favoravelmente face à maternidade lésbica. As explicações que atribuem à homossexualidade parecem ser, tendencialmente, de cariz biológico: (i) “[...] eu sei que a homossexualidade não é uma opção, ninguém escolhe ser homossexual como você escolheu pôr esta saia muito bonita lilás, como eu escolhi pôr esta camisa azul e branca. Portanto, ninguém escolhe ser homossexual, ninguém escolhe as pessoas por quem se sente atraído, não é? Nenhum homem pode ser culpado ou responsabilizado por se sentir atraído por um homem ou uma mulher por se sentir atraída por uma mulher. Não é uma opção, insisto” (EM4, 2012); (ii) “Eu sei que é interior, é lá dentro. Agora, se é uma questão genética, ou se é uma questão de desvio, a certa altura, porque houve um conjunto de fatores na adolescência ou na fase da criança que levaram a que tivesse uma propensão para ali, já não sei. Essa propensão ser já anterior e ser despoletada pelos fatores ... não sei. É uma coisa que é muito íntima, das pessoas, não é? Acho que as pessoas, aqui, a certa altura, acham que já não escolhem, confrontam-se, depois, com essa situação” (EJ8, 2012). Reproduzindo as regras dos campos em que foi produzido, o *habitus* dos entrevistados reflete, também, as regras dos campos em que depois se move. A maior propensão para pensar e agir no sentido da manutenção ou da alteração do *status quo* tem na base as dinâmicas de reestruturação constante das disposições subjetivas estruturadas, que atuando como estruturantes, o farão, de forma tendencial, num ou noutro sentido (Bourdieu, 2002b).

Conclusão

A Medicina e o Direito constituem duas agências históricas de regulação social que, de forma imbricada, têm vindo a definir – não sem dinâmicas de consensos e conflitos – quem são as mães “adequadas” com base em modelos normativos de género e de sexualidade, pelo que os campos médico e jurídico têm sido os privilegiados pelo movimento gay e lésbico para o desenvolvimento da luta simbólica de tentativa de (re)significação da maternidade. O acesso dos casais lésbicos às técnicas de procriação medicamente assistida constitui um dos elementos a partir do qual se tem perseguido esse objetivo, ainda que a lei que regula o uso e a aplicação das técnicas médicas reprodutivas coarte a sua concretização. O diagnóstico de infertilidade e a conjugalidade heterossexual surgem como os principais requisitos de gestão dos candidatos, do que resulta a exclusão dos casais lésbicos do conjunto de beneficiários dos serviços disponibilizados pela Medicina da Reprodução. Que representações acerca da maternidade lésbica estão na base da moldura legislativa atual, medicamente enformada – e informada –, foi o que se pretendeu captar a partir da realização do projeto de investigação que deu corpo a esta dissertação.

Partindo-se da mobilização de quadros teóricos e empíricos que permitiram dar conta dos principais eixos conceptuais desta investigação – a PMA e a maternidade lésbica – por refletirem sobre as definições e aplicações da PMA, sobre os processos de construção social da identidade lésbica e sobre representações sociais predominantemente desfavoráveis acerca da maternidade lésbica, e de uma abordagem metodológica qualitativa, de cariz compreensivo e interpretativo, assumiu-se como propósito central o de recolher discursos de médicos especialistas em Medicina da Reprodução e de juízes que exercem a sua atividade em Tribunais de Família e Menores emitidos em torno da possibilidade hipotética de acesso dos casais lésbicos à PMA, de forma a proceder à reconstituição das representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica medicamente assistida em contexto português.

Dos procedimentos analíticos a que foram submetidos os discursos, resultou que essas representações emergem da confluência das representações da maternidade, por um lado, e da procriação medicamente assistida, por outro. Foram usados argumentos constantes da lei que regula as práticas médicas reprodutivas para sustentar as posições pessoais face à realização de um projeto maternal por parte dos casais lésbicos, bem como foram esgrimidos argumentos derivados de opiniões pessoais sobre a maternidade lésbica para validar o atual enquadramento jurídico. As representações dominantes da PMA são as de que esta constitui um conjunto de práticas médicas orientadas para a tentativa de preenchimento de uma

descontinuidade não intencional entre a relação sexual e a reprodução biológica, pelo que se pode argumentar que constitui um conjunto de técnicas médicas que visa reproduzir *habitus* de género que reiteram performativamente o ideal de feminilidade maternal, conjugal e heterossexual. A sua aplicação orienta-se por um paradigma biomédico que assenta no pressuposto de que o foco de intervenção terapêutica é o casal heterossexual, e, como tal, não oferece possibilidade de intervenção sobre os corpos das mulheres que integrem outro tipo de estruturas conjugais, ou que não se encontrem, de todo, em situação de conjugalidade.

O enquadramento dos discursos de médicos e juízes no discurso institucional que os representa permitiu dar conta da coexistência dinâmica de elementos do *habitus* pessoal e de um *habitus* profissional nas lógicas de construção dos discursos, e detetar princípios geradores das representações da maternidade lésbica medicamente assistida estruturados a partir da movimentação intercampos. Registaram-se diferentes dinâmicas entre esquemas de disposições subjetivas estruturadas a partir das vivências pessoais fora dos campos profissionais e esquemas de disposições subjetivas estruturadas pela ação no seio dos campos médico e jurídico, que deram origem a três tipos de representações distintos: (i) representações predominantemente pessoais, formadas a partir da divergência entre a componente pessoal e a componente profissional do *habitus*, preponderando a inerente à componente pessoal (ii) representações predominantemente profissionais, caracterizadas pela mesma divergência, mas onde domina a componente profissional do *habitus*; (iii) representações mistas, que se referem àquelas em que há uma maior convergência entre os dois tipos de componentes. Todas elas refletem, contudo, a perceção do *feminino/masculino* como o *materno/paterno*, e, neste sentido, a maternidade/paternidade como elo de adesão à norma de género e sexual vigente.

A representação dominante de maternidade é a que retrata os valores tradicionais de família, de (bi)parentalidade e de (heteros)sexualidade, a partir da qual são feitas formulações possíveis de modelos maternos. Quando o conceito de maternidade com o qual os profissionais de ambos os grupos operam quotidianamente é emoldurado pela instituição do casamento – ou relações análogas – e pela norma heterossexual, emerge a conceptualização da mãe como *a complementar/dependente do pai* e uma estruturação discursiva dirigida pelo argumento de que *a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes*, do que resulta a representação da maternidade lésbica como *diferente, excecionalmente aceitável, liberal, acessória, perturbadora, contranatura, problemática, caprichosa, acidental, empobrecedora, egocêntrica, desintegradora, e estigmatizante*. Quando o conceito de maternidade mobilizado pelos médicos e pelos juízes é

enquadrado pela instituição do casamento – ou relações análogas – mas é concebido a partir de uma posição de indiferença face ao sexo dos membros que constituem o casal, emerge a conceptualização da *mãe* como *aquela com capacidade maternal independentemente da sua orientação sexual*, e uma estruturação discursiva dirigida pelo argumento de que *a maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual*, do que resulta a representação da maternidade lésbica como *optativa, constitucional, alternativa e tradicionalizada*. Registou-se a presença de dinâmicas de divergência tanto intragrupal, como intergrupar, refletindo-se, as primeiras, na presença de posições favoráveis e desfavoráveis à maternidade lésbica medicamente assistida em ambos os grupos profissionais, sustentadas por argumentos semelhantes, e, as segundas, na presença de representações da maternidade lésbica mais favoráveis entre os juízes do que entre os médicos. Se, para a maioria dos médicos, a maternidade lésbica parece ser concebida como uma transformação do modelo que é considerado originalmente legítimo – entenda-se, heterossexual, tradicional –, para a maior parte dos juízes, constitui um tipo de modelo maternal idêntico ao original. Considera-se, portanto, que o *habitus* jurídico é mais orientado para a mudança social e que o *habitus* médico é mais orientado para a reprodução social.

Porque os modelos inculcados enformam as mundividências quotidianas, mesmo o modelo de maternidade lésbica que é defendido pelas posições médicas e jurídicas de tom menos tradicional e/ou conservador acaba por reproduzir o cenário de enquadramento do conceito mais restrito de maternidade: o casamento e a família nuclear. As transformações operadas ao nível da organização familiar, a ideologia familialista veiculada pelo Estado Novo, o poder da religião, as representações dominantes de género e de homossexualidade, ou, ainda, a própria lei que regula a aplicação da PMA em Portugal são destacados como um conjunto de elementos que constitui um delineador espaço-temporal dos discursos captados junto de médicos e de juízes e que, por isso, parecem modelar as representações da maternidade lésbica mobilizadas. Se, para uma parte dos médicos e dos juízes entrevistados, a maternidade parece ser encapsulada por uma disposição subjetiva que estrutura o *habitus* feminino, mas que só deve ser ativada situacionalmente, particularmente nos contextos em que a reprodução biológica concorra para a reprodução social da heterossexualidade e dos conceitos de família, maternidade e paternidade que lhe estão associados, para outros, essa disposição subjetiva nunca deixa de ser estruturante, pelo que o *habitus* feminino nunca é dissociado do *habitus* materno, independentemente da existência de uma componente subversiva da norma heterossexual.

O acesso dos casais lésbicos à maternidade está, todavia, interdito pela impossibilidade de beneficiarem dos tratamentos médicos na área da Medicina da Reprodução. A associação entre casamento e procriação é situacional, funcionando apenas para os casos em que a ordem social e sexual não é questionada. E se a concepção dominante de maternidade parece ter sido ampliada, passando a incluir a possibilidade de concepção de uma criança na ausência de ato sexual, foi, ao mesmo tempo, afunilada. Enquanto se dá a ideia de que se assiste a uma aceitação da diversidade sexual, vão-se desenvolvendo mecanismos de limitação dessa aceitação.

Um percurso de investigação não é isento de obstáculos que, a cada momento, exigem a mobilização de estratégias que permitam contorná-los, sem, no entanto, desafiar a deontologia sociológica. O difícil acesso às unidades de observação – médicos e juízes – constituiu uma das principais dificuldades, com capacidade para comprometer a finalização do projeto. O acesso aos discursos médicos foi dificultado pelas constantes recusas de concessão de entrevista, justificadas pela falta de tempo, em função da sobrecarga de trabalho clínico. Ultrapassou-se através do estabelecimento de sucessivos contactos à medida que os anteriores iam sendo inviabilizados. Quanto aos juízes, o entrave consistiu no facto de as informações pessoais para contacto não serem públicas, o que implicou o envio da carta de solicitação de entrevista de forma menos personalizada para o juiz-presidente da cada tribunal contactado. Entre estes profissionais foram frequentes as não-respostas, apesar das tentativas insistentes de obtenção de qualquer retorno ao pedido enviado. Esta dificuldade foi ultrapassada pela mediação feita por um juiz entrevistado entre a investigadora e outros juízes com os quais aquele mantinha contacto mais próximo.

Dificuldades de outro nível emergiram em contexto de entrevista. A não-directividade do guião exigiu um ajustamento distinto em cada um dos episódios interaccionais, tendo em conta o ritmo e a cadência discursiva dos entrevistados, bem como as suas características linguísticas. Revelou-se uma tarefa desafiante, especialmente nos casos em que os entrevistados assumiram uma postura de maior reserva, fornecendo discursos mais sintéticos. A preservação das posições pessoais sobre a maternidade lésbica face aos confrontos dos entrevistados para as captar constituiu outra dificuldade. Foi adotada uma postura de “fuga” às questões diretamente colocadas por parte dos entrevistados, de forma a não fornecer elementos que enviassem os seus próprios discursos acerca da temática. Respondendo-se às perguntas com outras perguntas foi uma das estratégias adotadas para contornar a situação. Também a preservação da identidade sexual se revelou uma tarefa difícil, considerando as tentativas, mais ou menos explícitas, dos entrevistados para perceber qual era. Tanto aqui,

como nas situações em que os entrevistados demonstravam pensar, de forma clara, que a entrevistadora era lésbica, se adotou a estratégia de manutenção de uma postura de indiferença e a formulação de novas questões que reorientassem a atenção do entrevistado para outro ponto.

Do empreendimento analítico emergiu a dificuldade de manter uma posição de distanciamento face ao objeto de estudo. Igualmente difícil foi levar a cabo um exercício reflexivo acerca da impossibilidade de manter uma postura de total neutralidade axiológica, pois requereu adotar um grau de abstração suficiente de forma a perceber como é que os esquemas percetivos próprios podem ter configurado a direção da análise e o seu *output* final. Envolveu o reconhecimento de que o objeto que um investigador define para estudar não lhe é exterior, constituindo uma construção social em que o próprio participa ativa ou passivamente, bem como de que, independentemente da não intencionalidade, a abordagem qualitativa às representações médicas e jurídicas da maternidade lésbica contemplará, neste sentido, uma componente subjetiva – socialmente enformada – imprimida pela investigadora.

O fecho de um projeto de investigação constitui, mais do que um ponto de chegada, um ponto de partida. A abordagem aqui feita à questão da maternidade lésbica, com foco nas representações médicas e jurídicas que sobre ela são veiculadas, tem um cariz de parcialidade, pelo que há dimensões que ficaram por explorar. Como pista de investigação futura, aponta-se, por exemplo, o estudo das famílias lésbicas planeadas portuguesas. Porque são, eventualmente, aquelas que mais sentem o impacto dos discursos veiculados acerca da maternidade lésbica, não é despicienda a tentativa de captar as representações das mulheres que integram essas famílias sobre a sua condição de mães num contexto social heteronormativo, bem como o modo como este influencia a gestão que fazem quotidianamente das suas identidades maternas.

Bibliografia

- ABOIM, Sofia (2003) – Evolução das estruturas domésticas. Sociologia, Problemas e Práticas. ISSN 0873-6529. N.º 43, pp. 13-30.
- ALMEIDA, Miguel Vale de (2011) – Procriação Machistamente Assistida. Público. Vol. XXI, n.º 7926.
- AMÂNCIO, Lígia, WALL, Karin (2004) – Família e papéis de género: Alguns dados recentes do Family and Gender Survey (ISSP). In VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 16 a 18 de setembro, Coimbra, Universidade de Coimbra.
- ANLEU, Sharyn (1997) – Reproductive autonomy and reproductive technology: Gender, deviance and infertility. In PETERSEN, Kerry, ed. – Intersections: Women on law, medicine and technology. Aldershot: Ashgate Publishing Company. ISBN 1-85521-822-8. p. 99-125.
- ANTUNES, João Lobo (2011) – Ética e participação pública. In CNECV, ed. – Nanotecnologias e O.G.M. – Ciência, ética e sociedade. Lisboa: CNECV. ISBN 978-972-8368-30-2. p. 13-20.
- ÁRAN, Márcia, CORRÊA, Marilena (2004) – Sexualidade e política na cultura contemporânea: O reconhecimento social e jurídico do casal homossexual. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. ISSN 0103-7331. Vol. 14, n.º 2, pp. 329-341.
- AREOSA, João, CARAPINHEIRO, Graça (2008) – Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. Sociologia, Problemas e Práticas. ISSN 0873-6529. N.º 57, p. 83-108.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2006) – Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a Procriação Medicamente Assistida. Diário da República. 1.ª série, n.º 143.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2010) – Lei n.º 9/2010, de 31 de maio, que regula o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. Diário da República. 1.ª série, n.º 105.
- ATKINSON, Paul (2004) – Transcriptions. In SEALE, Clive, ed. – Social research methods: A reader. Londres: Routledge. ISBN 0-415-30084-3. p.389-394.
- AUGUSTO, Amélia (2004) – Infertilidade e reprodução medicamente assistida em Portugal: dos problemas privados aos assuntos públicos. Covilhã: Universidade da Beira interior. Dissertação de Doutoramento em Sociologia.

- AZEVEDO, José (1998) – Metodologias qualitativas: Análise do discurso. In ESTEVES, António, AZEVEDO, José, orgs. – Metodologias qualitativas para as ciências sociais. Porto: ISFLUP. ISBN 972-97763-0-X. p. 107-114.
- BARDIN, Laurence (2007) – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BAUMAN, Zigmunt (2000) – Liquid modernity. Cambridge: Polity. ISBN 0-7456-2410-3.
- BECK, Ulrich, BECK-GERNSHEIM, Elizabeth (2003) – Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequence. Londres: SAGE. ISBN 0-7619-6112-7.
- BENNETT, Belinda (1997) – Gamete donation, reproductive technology and the law. In PETERSEN, Kerry, ed. – Intersections: Women on law, medicine and technology. Aldershot: Ashgate Publishing Company. ISBN 1-85521-822-8. p. 127-144.
- BERGER, Peter, LUCKMANN, Thomas (1976) – A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- BILEY, Francis C. (2010) – The “sickening” search for health: Ivan Illich’s revised thoughts on the medicalization of life and medical iatrogenesis. The International Journal of Healing and Caring. ISSN 1467-9078. Vol. 10, n.º 2, p. 1-11.
- BLOCO DE ESQUERDA (2005) – Projecto de Lei n.º 141/X – Regula as Aplicações Médicas da Procriação Assistida. [Em linha]. Disponível em WWW:<<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c75615668305a586776634770734d5451784c5667755a47396a&fich=pjl141-X.doc&Inline=true>>. [acedido a 9 de junho de 2012].
- BLOCO DE ESQUERDA (2011) – Projeto de Lei 122/XII – Garante o acesso de todas as mulheres à procriação medicamente assistida (PMA) e regula o recurso à maternidade de substituição, procedendo à segunda alteração à lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pela lei n.º 59/2007, de 4 de setembro. [Em linha]. Disponível em WWW:<<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d6a497457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl122-XII.doc&Inline=true>> [acedido a 9 de junho de 2012].
- BORRILLO, Daniel (2009) – La vérité biologique contre l’homoparentalité : Le statut du beau-parent ou le ‘PACS de la filiation’. Ed. Juridiques associées. ISSN 0769-3362. Vol. 2, n.º 72, p. 361-371.
- BOURDIEU, Pierre (1977) – L’économie des échanges linguistiques. Langue Française. N.º 34, pp. 17-34.

- _____ (1989) – O poder simbólico. Lisboa: Difel. ISBN 972-29-0014-5.
- _____ (2002a) – A dominação masculina. Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil. ISBN 85-286-0705-4.
- _____ (2002b). Esboço de uma teoria da prática: Precedido de três estudos da etnologia Cabila. Oeiras: Celta. ISBN 972-774-142-8.
- BRAGA, Maria da Graça, AMAZONAS, Maria Cristina (2005) – Família: Maternidade e procriação assistida. Psicologia em Estudo. ISSN 1808-4281. Vol. 10, n.º 1, p. 11-18.
- BRANDÃO, Ana Maria (2007) – “E se tu fosses um rapaz?”: Homo-erotismo feminino e construção social da identidade. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento em Sociologia.
- BRANDÃO, Ana Maria (2010) – Da sodomita à lésbica: O género nas representações do homo-erotismo feminino. Análise Social. ISBN 9780000073500. Vol. XLV, n.º 195, p. 307-327.
- BUTLER, Judith (1990) – Gender trouble. Nova Iorque: Routledge. ISBN 978-0-415-38955-6.
- BUTLER, Judith (2002) – Críticamente subversiva. In JIMÉNEZ, Rafael, ed. – Sexualidades transgressoras: Una antologia de estudios queer. Barcelona: Icaria Editorial. ISBN 84-7426-562-2. p. 55-79.
- CABECINHAS, Rosa (2004) – Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. Paidéia. ISSN 0103-863X. Vol. 4, n.º 28, p. 125-137.
- CADORET, Anne (2007) – L’apport des familles homoparentales: Dans un débat actuel sur la construction de la parenté. Editions de l’E.H.E.S.S. ISSN 1953-8103. Vol. 3, n.º 183, p. 55-76.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993) – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento. ISBN 972-36-0306-3.
- CASCAIS, António (2006) – Diferentes como só nós: O associativismo GLBT português em três andamentos. Revista Crítica de Ciências Sociais. ISSN 0254-1106. N.º 76, pp. 109-126.
- CASTELLS, Manuel (2003) – O poder da identidade. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-1008-3.
- CHABOT, Jennifer, AMES, Barbara (2004) – “It wasn’t let’s get pregnant and go do it”: Decision making in lesbian couples planning motherhood via donor insemination. Family Relations. ISSN 0197-6664. Vol. 53, n.º 4, p. 348-356.
- CHARO, Alta (1997) – The interaction between family planning policies and the introduction of new reproductive technologies. In PETERSEN, Kerry, ed. – Intersections: Women on law,

medicine and technology. Aldershot: Ashgate Publishing Company. ISBN 1-85521-822-8. p. 73-98.

CLARKE, Victoria, KITZINGER, Celia (2005) – “We’re not living on planet lesbian”: Constructions of male role models in debates about lesbian families. Sexualities. Vol. 8, n.º 2, p. 137-152.

CNPMA (2010) – Declaração sobre a entrada em vigor da Lei n.º 9/2010, de 31 de maio. [Em linha]. Disponível em WWW: <http://www.cnpma.org.pt/Docs/Declaracao_AcessoPMA.pdf>. [acedido a 02 de novembro de 2011].

COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS LIBERDADE E GARANTIAS (2012) – Ofício n.º 115/XII/1ª – CACDLG/2011. [Em linha] Disponível em WWW:<<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a51304e445a6b595445774c546b785a4751744e4459305a53303559325a6d4c545932596a45354e474579596d5a6d4f4335775a47593d&fich=4446da1091dd464e9cff66b194a2bff8.pdf&Inline=true>>. [acedido a 4 de julho de 2012].

COMISSÃO EUROPEIA (2006) – Eurobarometer 66: Public Opinion in European Union. Bruxelas: Comissão Europeia.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2000) – Directiva 2000/43/CE do Conselho, de 29 de Junho de 2000, que aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica. [Em linha]. Disponível em WWW:< <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0043:pt:HTML>>. [acedida a 29 de julho de 2012].

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (2010) – Parecer n.º 63 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: Procriação Medicamente Assistida e Gravidez de Substituição. [Em linha]. Disponível em WWW:< <http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1333387220-parecer63-cneqv2012-apr.pdf>>. [acedido a 9 de junho de 2012].

CONSELHO SUPERIOR DA MAGISTRATURA (2012) – Parecer sobre os Projetos de Lei n.ºs 131/XII/1ª (PS), 137/XII/1ª (PS), 122/XII/1ª (BE), 127/XII/1ª (BE) e Projeto de Lei n.º 138/XII apresentado pelo PSD – Gabinete de Apoio. [Em linha]. Disponível em WWW:< <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764d554e425130524d5279394562324>>

[e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c324e6d596d45794f444e6b4c54426b4d4445744e4464684d5331685a6a51794c575a685a6a6b794f57553159544d7a4f5335775a47593d&fich=cfba283d-0d047a1af42faf929e5a339.pdf&Inline=true>](https://doi.org/10.1177/0890264312467643)

[acedido a 9 de junho de 2012].

CORRÊA, Marilena, ARÁN, Márcia (2008) – Tecnologia e normas de gênero: Contribuições para o debate da bioética feminista. Revista Bioética. ISSN 1983-8034. Vol. 16, n.º 2, p. 191-206.

CORREIA, Maria de Jesus (1998) – Sobre a maternidade. Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol. XVI, n.º 3, p. 365-371.

COSTA, Joaquim (2006) – Sociologia dos Novos Movimentos Eclesiais: Focolares, Carismáticos e Neocatecumenais em Braga. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 978-972-36-0838-0.

COSTA, Tonia et al. (2006) – Naturalização e medicalização do corpo feminino: O controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* ISSN 1414-3283. Vol. 10, n.º 20, p. 363-380.

COVA, Anne, PINTO, António (1977) – O Salazarismo e as Mulheres: Uma abordagem comparativa. Penélope. N.º 17, pp. 71-94.

DANA, Anne (2011) – The state of surrogacy laws: Determining legal parentage for gay fathers. Duke Journal of Gender Law & Policy. ISSN 1090-1043. Vol. 18, n.º 2, p. 353-390.

DEMPSEY, Deborah (2010) – Conceiving and negotiating reproductive relationships: Lesbians and gay men forming families with children. Sociology. ISSN 1038-1054. Vol. 44, n.º 6, p. 1145- 1162.

DONOVAN, Catherine (2000) – Who needs a father? Negotiating biological fatherhood in British lesbian families using self-insemination. Sexualities. Vol. 3, n.º 2, p. 149-164).

DONOVAN, Catherine (2008) – “It’s not really seen as an issue, you know, lesbian infertility it’s kind of ‘what’s that?’”: Lesbian’s unsuccessful experiences of medicalised donor insemination. Medical Sociology Online. Vol. 3, n.º 1, pp. 15-24.

ELIAS, Norbert, SCOTSON, John (2000) – Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar. ISBN 85-7110-547-2.

ELLIOTT, Anthony (2009) – Contemporary social theory: An introduction. Canadá: Routledge. ISBN 978-0-415-38633-3.

- ESTEVEES, António (1998) – Metodologias qualitativas: Algumas perspetivas. In ESTEVEES, António, AZEVEDO, José, orgs. – Metodologias qualitativas para as ciências sociais. Porto: ISFLUP. ISBN 972-97763-0-X. p. 1-8.
- EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRIOLOGY (2008) – Comparative analysis of medically assisted reproduction in the EU: Regulation and technologies. Grimbergen: ESHRE.
- FAIRCLOUGH, Norman, Wodak, Ruth (2004) – Critical discourse analysis. In SEALE, Clive, ed. – Social research methods: A reader. Londres: Routledge. ISBN 0-415-30084-3. p. 357-365.
- FERNANDES, António (1998) – Alguns desafios teórico-metodológicos. In ESTEVEES, António, AZEVEDO, José, orgs. – Metodologias qualitativas para as ciências sociais. Porto: ISFLUP. ISBN 972-97763-0-X. p. 9-28.
- FERRO, Marc (1999) – As sociedades doentes do progresso. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-092-1.
- FINLAY, Linda (2002) – Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. Qualitative Research. ISSN 1468-7941. Vol. 2, n.º 2, pp. 209-230.
- FOUCAULT, Michel (1996) – A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola. ISBN 85-15-01359-2.
- FOUCAULT, Michel (1999) – História da Sexualidade: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal. ISBN 972-708-240-8.
- FREIDSON, Eliot (1986) – Professional Powers: A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: The University of Chicago Press. ISBN 0-226-26225-1.
- FREIDSON, Eliot (2008) – Profissão Médica: Um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP. ISBN 978-85-7139-932-7.
- FUSS, Diana (2002) – Las mujeres caídas de Freud: Identificación, deseo y “un caso de homosexualidad en una mujer”. In JIMÉNEZ, Rafael, ed. – Sexualidades transgressoras: Una antología de estudios queer. Barcelona: Icaria Editorial. ISBN 84-7426-562-2. p. 81-110.
- GHIGLIONE, Rodolphe, MATALON, Benjamin (1997) – O Inquérito: Teoria e prática. Oeiras: Celta. ISBN 972-774-120-7.
- GIDDENS, Anthony (1994) – Modernidade e identidade pessoal. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-11-7.
- GIDDENS, Anthony (1995) – Transformações da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Oeiras. Celta Editora. ISBN 972-8027-40-0.

- GOFFMAN, Erving (2006[1974]) – Frame analysis: Los marcos de la experiencia. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas. ISBN84-7476-411-4.
- GOULDNER, Alvin (2004) – Toward a reflexive Sociology. In SEALE, Clive, ed. – Social research methods: A reader. Londres: Routledge. ISBN 0-415-30084-3. p. 381-388.
- GREEN, Richard et al. (1986) – Lesbian mothers and their children: A comparison with solo parent heterosexual mothers and their children. Archives of Sexual Behavior. ISSN 0154-2224. Vol. 15, n.º 2, p. 167-184.
- GREENWOOD, Ernest (1965), Métodos de investigação empírica em Sociologia. Análise Social. Vol. III, n.º 11, p. 313-345.
- GREGOLIN, Maria (1995) – A análise do discurso: Conceitos e aplicações. Alfa. ISSN 0002-5216. Vol. 39, p. 13-21.
- GUERRA, Isabel Carvalho (2006) – Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso. Estoril: Principia. ISBN 978-972-8818-66-1.
- HAMDAN, Amani (2009) – Reflexivity of discomfort in insider-outsider educational research. McGill Journal of Education. ISSN 1916-0666. Vol. 44, n.º 3, p. 377-404.
- HEQUEMBOURG, Amy, FARREL, Michael (1999) – Lesbian motherhood: Negotiating marginal-mainstream identities. Gender & Society. Vol. 13, n.º 4, p. 540-557.
- HERZLICH, Claudine (1991) – A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. ISSN 1413-8123. Vol. 1, n.º 2, p. 23-36.
- HICKS, Stephen (2005) – Is gay parenting bad for kids? Responding to the “very idea of difference” in research in Lesbian and gay parents. Sexualities. Vol. 8, n.º 2, p. 153-168.
- ILGA EUROPE (2011) – Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe. Bruxelas: ILGA EUROPE.
- ILLICH, Ivan (1982) – Medicalization and primary care. Journal of the Royal College of General Practitioners. ISSN 0035-8797. Vol. 32, p. 463-470.
- IÑIGUEZ, Lupicínio (2004) – A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In IÑIGUES, Lupicínio, coord. – Manual de Análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 85.326.3004-9. p. 105-160.
- JACKSON, Emily (2002) – Conception and the irrelevance of the welfare principle. The Modern Law Review. ISSN 0026-7961. Vol. 65, p. 176-203.
- JIMENÉZ, Rafael (2002) – Prólogo. In JIMÉNEZ, Rafael, ed. – Sexualidades transgressoras: Una antología de estudios queer. Barcelona: Icaria Editorial. ISBN 84-7426-562-2. p. 7-25.

- JODELET, Denise (1993) – Représentations sociales: un domaine en expansion. In JODELET, Denise, ed. – Les représentations sociales. Paris: PUF. ISBN 978-2-13-053765-0. p. 31-61.
- KVALE, Steinar (1996) – InterViews: An introduction to qualitative research interviewing. Califórnia: SAGE. ISBN 0-8039-5820-X.
- LESSARD-HÉRBERT, Michelle et al. (1994) – Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas. Lisboa. Piaget. ISBN 9789896590642.
- LEVY, Teresa (2004) – Crueldade e crueza do binarismo. In CASCAIS, António Fernando, org. – Indisciplinar a Teoria: Estudos gays, lésbicos e queer. Lisboa: Fenda. ISBN 989-603-001-4. p. 183-214.
- MARINHO, Susana (2002) – LGBT e outros movimentos sociais. In Ciclo de debates 10 Anos de Luta pelo Direito à Felicidade.
- MATTAR, Laura, DINIZ, Carmen (2012) – Hierarquias Reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. ISSN 1414-3283. Vol. 16, n.º 40, p. 107-119.
- MAUTHNER, Natasha, DOUCET, Andrea (2003) – Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. Sociology. ISSN 0038-0385. Vol. 37, n.º 3, pp. 413-431.
- MENÉNDEZ, Millán (2007) – Religiosidade e valores em Portugal: Comparação coma a Espanha e a Europa Católica. Análise Social. ISSN 0003-2573. Vol. XLII, n.º 184, p. 757-787.
- MOITA, Gabriela (2001) – Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico: A homossexualidade de dois lados do espelho. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas.
- MOITA, Gabriela (2006) – A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. Revista Crítica de Ciências Sociais. ISSN 0254-1106. Vol. 76, p. 53-72.
- MONIZ, Egas (1901) – A vida sexual: Physiologia. Coimbra: França Amado.
- MONIZ, Egas (1902) – A vida sexual: Pathologia. Coimbra: França Amado.
- MORGAN, David (1999) – Risk and Family Practices: Accounting for change and fluidity in family life. In SILVA, Elizabeth, SMART, Carol, eds. – The new family? Londres: SAGE. ISBN 0 7619 5856 8. p. 13-30.
- MOSCOVICI, Serge (1988) – Notes towards a description of social representations. European Journal of Social Psychology. ISSN 1099-0992. Vol. 18, n.º 3, pp. 211-250.

MOURA, Solange Maria, ARAÚJO, Maria de Fátima (2004) – A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. Psicologia: Ciência e Profissão. ISSN 1414-9893. Vol. 24, n.º 1, p. 44-55.

NUNES, João Arriscado (1993) – Erving Goffman, a análise de quadros e a sociologia da vida quotidiana. Revista Crítica de Ciências Sociais. Vol. 37, pp. 33-49.

PADAVICD, Irene, BUTTERFIELD, Jonniann (2011) – Mother, fathers and “Mathers”: Negotiating a lesbian coparenting identity. Gender & Society. 1941-725X. Vol. 25, n.º 2, p. 176-196.

PAIS, José Machado (1985) – Família, sexualidade e religião. Análise Social. Vol. XXI, n.º 86, p. 345-389.

PAIS, José Machado (1998) – Vida amorosa e sexual (Resultados de um inquérito). In PAIS, José Machado (ed.) – Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais/Secretaria de Estado da Juventude. ISBN 972-96629-2-4.

PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS (2005) – Projecto de Lei n.º 172/X – Regula as Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida. [Em linha]. Disponível em WWW:< [http://www.federacao-vida.com.pt/pma/pjl172-X\[1\]%20PCP.pdf](http://www.federacao-vida.com.pt/pma/pjl172-X[1]%20PCP.pdf)>. [acedido a 9 de junho de 2012].

PARTIDO SOCIAL DEMOCRATA (2005) – Projecto de Lei n.º 176/X – Exposição de Motivos. [Em linha]. Disponível em WWW:< [http://www.federacao-vida.com.pt/pma/pjl176-X\[1\]%20PSD.pdf](http://www.federacao-vida.com.pt/pma/pjl176-X[1]%20PSD.pdf)>. [acedido a 9 de junho de 2012].

PARTIDO SOCIAL DEMOCRATA (2012) – Projeto de Lei 138/XII – Altera a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida. [Em linha]. Disponível em WWW:< <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a677457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl138-XII.doc&Inline=true>> [acedido a 9 de junho de 2012].

PARTIDO SOCIALISTA (2005) – Projecto de Lei n.º 151/X – Regula as Técnicas de Procriação Medicamente Assistida. [Em linha]. Disponível em WWW:< <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c75615668305a586776634770734d5455784c5667755a47396a&fich=pjl151-X.doc&Inline=true>>. [acedido a 9 de junho de 2012].

PARTIDO SOCIALISTA (2012) – Projeto de Lei 131/XII – Procede à segunda alteração à lei 32/2006, de 26 de julho, alterada pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro, consagrando

exceções à proibição de recurso à maternidade de substituição. [Em linha]. Disponível em WWW:<<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a457457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl131-XII.doc&Inline=true>> [acedido a 9 de junho de 2012].

PARTIDO SOCIALISTA (cinco deputados) (2012) – Projeto de Lei 137/XII – Segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alargando o âmbito dos beneficiários das técnicas de Procriação Medicamente Assistida. [Em linha]. Disponível em WWW:<<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c325276593342734c576c756156684a5358526c65433977616d77784d7a637457456c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl137-XII.doc&Inline=true>>. [acedido a 9 de junho de 2012].

PATTERSON, C. J (2001) - Families of the lesbian baby boom: maternal mental health and child adjustment. In GLAZER, D. F., DRESCHER J., eds. – Gay and Lesbian Parenting. Nova Iorque: The Haworth Press. ISBN 0-7890-1349-5. p. 91–8.

PENNINGS, G. et al. (2008) – ESHRE task force on ethics and law 14: Equity of access to assisted reproductive technology. Human Reproduction. ISSN 0268-1161. Vol. 23, n.º 4, p. 772-774.

PETERSON, M. (2005) – Assisted reproductive technologies and the equity of access issues. Law, Ethics and Medicine. ISSN 1478-720X. Vol. 31, p. 280-285.

PILLOW, Wanda (2003) – Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research. Qualitative Studies in Education. ISSN 0951-8398. Vol. 16, n.º 2, p. 175-196.

REMOALDO, Paula et al. (2004) – A infertilidade no concelho de Guimarães: Contributos para o bem-estar familiar. In V Congresso da Geografia Portuguesa: Territórios e protagonistas, 14 a 16 de outubro de 2004, Guimarães, Universidade do Minho.

RICH, Adrienne (1980) – Compulsory heterosexuality and lesbian existence. Signs. Vol. 5, n.º 4, p. 631-660.

RICHARDSON, Diana (2004) – Locating sexualities: From here to normality. Sexualities. Vol. 7, n.º 4, p. 391-411.

RITCHIE, Jane (2003) – The applications of qualitative methods to social research. In RITCHIE, Jane, LEWIS, Jane, eds. – Qualitative research practice: A guide for social students and researchers. Londres: SAGE. ISBN 0 7619 7109 2. P. 24-46.

- ROJO, Luiza (2004) – A fronteira interior – análise crítica do discurso: Um exemplo sobre “racismo”. In INÍGUES, Lupicínio, coord. – Manual de Análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 85.326.3004-9. p. 206-257.
- ROSENEIL, Sasha (2006) – Viver e amar para lá da heteronorma. Revista Crítica de Ciências Sociais. ISSN 0254-1106. Vol. 76, p. 33-51.
- RUEDA, Lupicínio, ANTAKI, Charles (1998) – Análisis del discurso. In ESTEVES, António, AZEVEDO, José, orgs. – Metodologias qualitativas para as ciências sociais. Porto: ISFLUP. ISBN 972-97763-0-X. p. 133-144.
- RUIZ, Ramón (2006) – Enunciados performativos y verbos performativos: Acerca de la performatividade como propiedad gradual (con especial referencia al español). Hesperia. Anuario de Filología Hispánica. ISSN 1139-3181. Vol. IX, p. 107-126.
- RYAN-FLOOD, Róisín (2005) – Contested heteronormativities: Discourses of fatherhood among lesbian parents in Sweden and Ireland. Sexualities. Vol. 8, n.º 2, p. 189-204.
- RYAN-FLOOD, Róisín (2009) – Lesbian motherhood: Gender, families and sexual citizenship. Hampshire: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-54541-0.
- SAINT-GEORGES, Pierre (2005) - Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político. In ALBARELLO, Luc et al. – Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-554-8. p. 15-47.
- SCAVONE, Lucila (2001) – A maternidade e o feminismo: Diálogo com as ciências sociais. Cadernos Pagu. ISSN 0104-8333. Vol.16, p. 137-150.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, LOCK, Margaret M. (1987) – The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly. Vol. 1, n.º 1, p. 6-41.
- SCHUTZ, Alfred (1984) – The phenomenology of the social world. Illinois: Northwestern University Press. ISBN 0-8101-0390-7.
- SEIDMAN, Steven. (2002) – Beyond the Closet: The Transformation of Gay and Lesbian Life. Nova Iorque: Routledge. ISBN 0-415-93206-8.
- SILVA, Susana (2007) – Classificar e silenciar: Vigilância e controlo institucionais sobre a prostituição feminina em Portugal. Análise Social. ISSN 0003-2573. Vol. XLII, n.º 184, p. 789-810.
- SILVA, Susana (2008) – Médicos, juristas e “leigos”: Um estudo das representações sociais sobre a reprodução medicamente assistida. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Sociologia.

- SILVA, Susana, MACHADO, Helena (2010a) – A Governação dos problemas adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas. ISSN 0873-6529. Vol. 62, p. 81-96.
- SILVA, Susana, MACHADO, Helena (2010b) – A generização da regulação social da procriação medicamente assistida em Portugal. In VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e género, 5 a 9 de abril de 2010, Brasil, Universidade Tecnológica federal do Paraná.
- SILVEIRINHA, Maria João (2008) – Licença para (não) reproduzir: Os direitos sexuais e reprodutivos no espaço mediático. Revista Filosófica de Coimbra. ISSN 0872-0851. Vol. 34, p. 461-494.
- SMITH, Tom (2011) – Cross-national differences in attitudes towards homosexuality. GSS Cross-national Report n.º 31. Chicago, IL: NORC/University of Chicago.
- SNAPE, Dawn, SPENCER, Liz (2003) – The foundations of qualitative research. In RITCHIE, Jane, LEWIS, Jane, eds. – Qualitative research practice: A guide for social students and researchers. Londres: SAGE. ISBN 0 7619 7109 2. p. 1-23.
- SOARES, Gilberta (2010) – Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais. Comunicação apresentada no congresso. In Fazendo Género 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto, Brasil, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SWAIN, Tania Navarro (2000) – A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário?”. Textos de história. ISSN 1679-8252. Vol. 8, n.º 1/2, p. 47-84.
- SZAPIRO, Ana Maria, FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (2002) – Construções do feminino pós anos sessenta: O caso da maternidade como produção independente. Psicologia: Reflexão e Crítica. ISSN 0102-7972. Vol. 15, n.º 1, p. 179-188.
- TAYLOR, Steven, BOGDAN, Robert (1984) – Introduction to qualitative research methods: The search for meanings. Nova Iorque: Wiley-Interscience Publication. ISBN 0-471-88947-4.
- VALA, Jorge (1993) – Representações sociais. Para uma psicologia social do senso comum. In VALA, Jorge, MONTEIRO, M., orgs. – Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 9789723108453.
- VARGAS, Eliane, MOÁS, Luciane (2010) – Normative discourses on the desire to have children. Revista de Saúde Pública. ISSN 0034-8910. Vol. 44, n.º 4, p. 1-4.
- WACQUANT, Loic (2007) – Esclarecer o habitus. Educação & Linguagem. ISSN 1679-8104. Vol. 16, p. 63-71.

- WALL, Karin (2003) – Famílias no Censo 2001: Estruturas domésticas em Portugal. Sociologia, problemas e Práticas. ISSN 0873-6529. Vol. 43, p. 9-11.
- WEEKS, Jeffrey (2009) – Sexuality. Canadá: Routledge. ISBN 0-203-87741-1.
- WITTIG, Monique (1982) – The category of sex. Feminist issues. Vol. 2, n.º 2, p. 63-68.
- YIN, Robert K. (1994) – Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: SAGE. ISBN 0-7619-2552-X.

Anexos

Anexo 1: Guião de entrevista – Médicos especialistas em Medicina da Reprodução (e membros do CNECV e da OM)

Contextualização: Projeto de dissertação de Mestrado em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto cujo tema genérico é relativo às representações médicas e jurídicas da maternidade, com enfoque nas tecnologias de Procriação Medicamente Assistida. Os objetivos principais são conhecer os significados atribuídos por médicos e juristas à maternidade, procurando-se fazer uma reflexão acerca dos critérios/ aspetos tidos em conta aquando da concessão de acesso às técnicas de Procriação Medicamente Assistida em contexto português, e, no mesmo sentido, captar as posições existentes acerca da possibilidade de acesso das mulheres lésbicas às referidas técnicas.

Questão introdutória: Como é que se posiciona, por um lado, quanto à definição e, por outro, quanto à aplicação das técnicas de Procriação medicamente Assistida?

Eixos teóricos estruturantes	Aspetos a abordar	Objetivos	Notas sinaléticas/interpretativas
<i>Geral:</i> Reprodução humana <i>Específico:</i> PMA	<ol style="list-style-type: none"> Definição de técnicas de PMA Motivações da procura/oferta das técnicas de PMA Perfil-tipo dos candidatos Implicações éticas, sociais e jurídicas da PMA Conflitos com o quadro valorativo, moral e ético na aplicação das técnicas de PMA Situações de recusa de aplicação de técnicas de PMA Situações de alegação de objeção de consciência 	<ol style="list-style-type: none"> (capta-se através da questão introdutória) Perceber quais as motivações que consideram que devem estar na base da procura/oferta de ajuda médica para procriar; se concordam com as que sustentam o quadro legislativo atual, ou não. Perceber se consideram existir um perfil adequado dos candidatos à PMA e com base em que critérios é que o definem. Perceber quais consideram ser as principais implicações éticas, sociais e jurídicas que emergem da aplicação da PMA. Perceber se existem situações que consideram que entram em conflito com o quadro valorativo, moral e ético pelo qual se orientam, e quais são. Perceber em que situações consideram poder recusar a aplicação das técnicas de PMA. Perceber em que situações consideram poder alegar objeção de consciência para a recusa de aplicação de técnicas de PMA. 	
<i>Geral:</i> Lesbianismo <i>Específico:</i> Maternidade lésbica	<ol style="list-style-type: none"> Perfil-tipo da mãe “adequada” Posição face ao impedimento legal de acesso das mulheres solteiras à PMA Posição face ao impedimento legal de acesso das mulheres lésbicas à 	<ol style="list-style-type: none"> Perceber se consideram existir um perfil adequado de uma mulher para ser mãe e qual é; que argumentos mobilizam para o justificar. Perceber qual é a sua posição relativamente ao impedimento legal de acesso às tecnologias de PMA por parte de mulheres solteiras e que argumentos mobilizam para a sustentar. Perceber qual é a sua posição relativamente ao impedimento legal de 	

	<p>PMA</p> <p>11. Posição face à definição de projeto parental por parte de casais lésbicos</p>	<p>acesso às tecnologias de PMA por parte de mulheres lésbicas e que argumentos mobilizam para a sustentar.</p> <p>11. Perceber qual é a sua posição relativamente à definição de um projeto parental por parte de casais lésbicos e que argumentos mobilizam para a sustentar.</p>	
<p><i>Geral:</i> Representações</p> <p><i>Específico:</i> Processo de construção social do discurso</p>	<p>12. Quadro valorativo, normativo e ético de referência tanto em termos socioculturais, como em termos profissionais</p>	<p>12. Capta-se indiretamente através de questões anteriores; pretende-se perceber a sua influência na formação das representações acerca da maternidade lésbica medicamente assistida e na sua tradução por via do discurso.</p>	
<p>Outras informações relevantes: elementos de trajetória individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional: Período temporal de envolvimento com a temática da PMA; motivações que estiveram na base desse envolvimento. • Pessoal: Se teve/tem contacto com mulheres lésbicas e em que contexto. 			

Anexo 2. Guião de entrevista – Juízes (e membro do CNPMA)

Contextualização: Projeto de dissertação de Mestrado em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto cujo tema genérico é relativo às representações médicas e jurídicas da maternidade, com enfoque nas tecnologias de Procriação Medicamente Assistida. Os objetivos principais são conhecer os significados atribuídos por médicos e juristas à maternidade, procurando-se fazer uma reflexão acerca dos critérios/ aspetos tidos em conta aquando da concessão de acesso às técnicas de Procriação Medicamente Assistida em contexto português, e, no mesmo sentido, captar as posições existentes acerca da possibilidade de acesso das mulheres lésbicas às referidas técnicas.

Questão introdutória: Como é que se posiciona, por um lado, quanto à definição e, por outro, quanto à aplicação das técnicas de Procriação medicamente Assistida?

Eixos teóricos estruturantes	Aspetos a abordar	Objetivos	Notas sinaléticas/interpretativas
<p><i>Geral:</i> Reprodução humana <i>Específico:</i> PMA</p>	<ol style="list-style-type: none"> Definição de técnicas de PMA Motivações da procura/oferta das técnicas de PMA Perfil-tipo dos candidatos Implicações éticas, sociais e jurídicas da PMA Situações de recusa de aplicação de técnicas de PMA <p>* indicador do conflito com o quadro valorativo moral e ético na aplicação da PMA não é aplicável aos juízes ** indicador das situações de recusa de objeção de consciência não é aplicável aos juízes</p>	<ol style="list-style-type: none"> (capta-se através da questão introdutória) Perceber quais as motivações que consideram que devem estar na base da procura/oferta de ajuda médica para procriar; se concordam com as que sustentam o quadro legislativo atual, ou não. Perceber se consideram existir um perfil adequado dos candidatos à PMA e com base em que critérios é que o definem. Perceber quais consideram ser as principais implicações éticas, sociais e jurídicas que emergem da aplicação da PMA. Perceber em que situações consideram legítimo o um médico recusar a aplicação das técnicas de PMA. <p>* indicador do conflito com o quadro valorativo moral e ético na aplicação da PMA não é aplicável aos juízes ** indicador das situações de recusa de objeção de consciência não é aplicável aos juízes</p>	
<p><i>Geral:</i> Lesbianismo <i>Específico:</i> Maternidade lésbica</p>	<ol style="list-style-type: none"> Perfil-tipo da mãe “adequada” Posição face ao impedimento legal de acesso das mulheres solteiras à PMA Posição face ao impedimento legal de acesso das mulheres lésbicas à PMA 	<ol style="list-style-type: none"> Perceber se consideram existir um perfil adequado de uma mulher para ser mãe e qual é; que argumentos mobilizam para o justificar. Perceber qual é a sua posição relativamente ao impedimento legal de acesso às tecnologias de PMA por parte de mulheres solteiras e que argumentos mobilizam para a sustentar. Perceber qual é a sua posição relativamente ao impedimento legal de acesso às tecnologias de PMA por parte de mulheres lésbicas e que 	

	9. Posição face à definição de projeto parental por parte de casais lésbicos	8. Perceber qual é a sua posição relativamente à definição de um projeto parental por parte de casais lésbicos e que argumentos mobilizam para a sustentar.	
<i>Geral:</i> Representações <i>Específico:</i> Processo de construção social do discurso	9. Quadro valorativo, normativo e ético de referência tanto em termos socioculturais, como em termos profissionais	10. Capta-se indiretamente através de questões anteriores; pretende-se perceber a sua influência na formação das representações acerca da maternidade lésbica medicamente assistida e na sua tradução por via do discurso.	
Outras informações relevantes: elementos de trajetória individual <ul style="list-style-type: none"> • Profissional: Período temporal de envolvimento com a temática da PMA; motivações que estiveram na base desse envolvimento. • Pessoal: Se teve/tem contacto com mulheres lésbicas e em que contexto. 			

Anexo 3. Excertos discursivos que traduzem fontes de exercício de poder por parte dos entrevistados

<i>Fonte linguística</i>	<i>Unidade de contexto frásica</i>	<i>Notas interpretativas</i>
“é”	“[...] na minha opinião, neste momento, <u>é</u> um perfil patológico, isto é, a procriação medicamente assistida <u>é</u> para resolver problemas de infertilidade” (E1M, 2012, p. 3).	Parece pretender transmitir a mensagem de que a PMA é um tratamento, um ato médico terapêutico de intervenção num corpo doente, sendo a utilização dos verbos “é” e “tem” uma forma de imposição da perspectiva, ainda implícita nesta fase da entrevista, de que só se aplica a casais de sexo diferente.
“devem” “é”	“Quer dizer, eu entendo as técnicas de procriação medicamente assistida como técnicas que <u>devem</u> resolver, ou cujo objetivo essencial <u>é</u> resolver situações médicas, nomeadamente aquelas que eu referi” (E1M, 2012, p. 2).	Verbos “devem” e “é” parecem assumir cariz prescritivo, sendo que “devem” pretende traduzir a ideia de quase infalibilidade das técnicas, e “é” impõe um âmbito de aplicação específico, refletindo poder de delimitação do conjunto de beneficiários.
“é” “tem [que]”	“Portanto, o perfil para a aplicação da procriação medicamente assistida <u>é</u> o perfil do ato médico terapêutico, e se o ato médico terapêutico <u>tem que</u> existir, é porque há uma situação de patologia” (E1M, 2012, p. 3).	Parece pretender transmitir a mensagem de que a PMA é um tratamento, um ato médico terapêutico de intervenção num corpo doente, sendo a utilização dos verbos “é” e “tem” uma forma de imposição da perspectiva, ainda implícita nesta fase da entrevista, de que só se aplica a casais de sexo diferente.
“devem” “será”	“Em geral, <u>devem</u> ser aplicadas a casais que pretendem engravidar e que não o conseguem fazer naturalmente, certo? Portanto, a prioridade destas técnicas <u>será</u> para esses casais que tentam reprodução normal e não conseguem, e que têm algum tipo de doença ou algum fator que não permite que engravidem espontaneamente” (E2M, 2012, p. 1).	Excerto que parece traduzir a vulnerabilidade do estado de saúde dos indivíduos e a existência de um percurso em direção a um objetivo que é dificultado por entraves biológicos, passando, da mesma forma, a mensagem de que o conhecimento médico é o único capaz de amenizar esse processo e oferecer a cura. De forma implícita, o uso dos verbos “devem” e “será” parece funcionar como imposição de uma associação conceptual entre casamento-heterossexualidade-procriação.
“são”	“Estava a dizer que sim, que, em primeiro plano, considero que as técnicas de procriação medicamente assistida <u>são</u> para casais que tentam procriação espontânea e não conseguem por algum fator de doença, portanto, alguma causa que os impeça de engravidar espontaneamente, podendo, assim, resolver alguns dos problemas desses casais” (E2M, 2012, p. 1).	Excerto que parece traduzir a vulnerabilidade do estado de saúde dos indivíduos e a existência de um percurso em direção a um objetivo que é dificultado por entraves biológicos, passando, da mesma forma, a mensagem de que o conhecimento médico é o único capaz de amenizar esse processo e oferecer a cura. De forma implícita, o uso do verbo “são” parece funcionar como imposição de uma associação conceptual entre casamento-heterossexualidade-procriação.
“tem”	“ <u>Tem</u> que haver condições clínicas para as pessoas o fazerem” (E2M, 2012,	De forma implícita, o uso do verbo “tem” parece funcionar como imposição de uma

	p. 1).	associação conceptual entre casamento-heterossexualidade-procriação.
“devem” “lei”	“Depois, relativamente à forma como <u>devem</u> ser aplicadas, é uma pergunta muito complexa, porque a forma como elas devem ser aplicadas consta da própria <u>lei</u> , tal como constam os destinatários e está explicado o método, que é subsidiário, não é um método alternativo” (E6J, 2012, p. 1).	Uso do verbo “devem” passa a ideia de imposição de determinado tipo de situações em que a PMA pode ser usada – casais de sexo diferente – reforçada com a referência à lei, que se assume como um conjunto de princípios de cariz obrigatório e sancionável.
“lei”	“É a impossibilidade comprovada de os beneficiários que estão elencados na <u>lei</u> não conseguirem procriar por métodos naturais” (E6J, 2012, p. 1).	Uso da referência à lei parece reforçar a imposição obrigatória de determinadas condições para acesso às técnicas médicas reprodutivas – casais de sexo diferente –, passando a mensagem de que a lei é o instrumento de poder que emoldura a aplicação da PMA.
“lei”	“E parece-me que a interpretação do conselho ‘Bom, quando esta norma, esta <u>lei</u> e os procedimentos por ela criados são subsidiários, parece-me que, se é subsidiário, então é quando o casal não conseguir procriar por ele próprio; não pode ser ligado a uma questão originária de duas mulheres que estão casadas” (E7J, 2012, p. 3).	A referência à lei parece reforçar a ideia de imposição normativa das tecnologias de procriação medicamente assistida como método não complementar de procriação, imposição jurídica e não médica, a ver pelo uso da expressão “procedimentos por ela criados”.
“direito”	"Quer dizer, vamos lá ver uma coisa: a procriação medicamente assistida tem a ver com aquela questão de <u>direito</u> a constituir família, sobretudo. Sobretudo, é o <u>direito</u> a constituir família" (E7J, 2012, p. 15) .	Referência a um direito e não a um objetivo (como surge nos discursos médicos, principalmente), o que transmite a ideia implícita de que é de atribuição obrigatória a quem dele pretender disfrutar. Implicitamente, passa a ideia de que o modelo de vivência normativo é o de uma situação em família, que, por sua vez, remete para um esquema cognitivo estruturado pela associação direta entre conjugalidade e procriação, incluindo os casais lésbicos.

Anexo 4. Excertos que refletem as representações médicas e jurídicas da maternidade

	<i>Palavras-chave</i>	<i>Excertos</i>	<i>Grupo profissional</i>
Resulta de:	“desejo”; “instinto”; “essencial”; “natural”; “normal”	<p>a) “Evidentemente que o <u>desejo</u> de ter um filho é um <u>desejo</u> legítimo de toda a gente, pronto, de qualquer mulher – homossexual, heterossexual, sozinha, solteira. É um <u>desejo</u> legítimo”.</p> <p>b) “Nessas circunstâncias, eu penso que para dar azo ou dar oportunidade a um <u>instinto</u> procriativo, aí a situação da adoção terá um cabimento maior [...]”.</p> <p>c) “Pareceu-me sensato que, quando a lei foi aprovada em 2006, fosse aprovada neste contexto, porque já não foi fácil a aprovação de uma lei que, no geral, está muito bem, e, portanto [...] não se poderia pôr em causa o <u>essencial</u> para resolver problemas acessórios, digamos assim”.</p> <p>d) “[...] e o <u>desejo</u> de ter filhos é uma coisa que é <u>natural</u> em quase toda a gente, portanto, são raras as pessoas que não têm esse desejo”.</p> <p>e) “Querem ter filhos, portanto, é um <u>desejo</u> que é legítimo [...]”</p> <p>f) “É <u>natural</u> que toda a gente queira ter filhos. São poucas as pessoas que não querem ter filhos”.</p> <p>g) “Penso que, nessa medida, será <u>natural</u> que as mulheres pensem na maternidade [...]”.</p> <p>h) “Creio que, face à própria natureza das coisas, será o mais <u>normal</u>, será o pensamento da paternidade, da maternidade, não é?”</p>	<p>Médicos (a, b, c)</p> <p>Juízes (d, e, f, g, h)</p>
Deve ser exercida num contexto de:	“juntos”; “união de facto”; “casados”; “casamento”; “unidas”; “vínculo”; “estável”	<p>a) “Se nós não tivermos provas, se tivermos desconfiança de que não vivem <u>juntos</u>, deveremos pedir um certificado à Junta de Freguesia da zona de residência, que diz que já vivem em <u>união de facto</u> há mais que dois anos”.</p> <p>b) “Também não preciso que os casais heterossexuais sejam <u>casados</u>, podem só estar <u>juntos</u>, eu admito” (p. 4)</p> <p>c) “Ou é o <u>casamento</u>, ou é uma <u>união de facto</u> que já dure, pelo menos, há dois anos”.</p> <p>d) “Daí que haja as resistências a que sejam pessoas do mesmo sexo, ou que não estejam <u>unidas</u> por um <u>vínculo</u> que o legislador ou a sociedade considera <u>estável</u>”.</p>	<p>Médicos (a, b)</p> <p>Juízes (c, d)</p>

Deve existir:	<p>“pai”; “diferentes” “complementaridade” ; “homem”; “família”; “conservador”; “masculina”</p>	<p>a) “Porque acho que, idealmente, à partida, é desejável que uma criança tenha como <u>pai</u> e mãe pessoas de sexos <u>diferentes</u> e de géneros diferentes”.</p> <p>b) “Aceito parcialmente isso, mas o ideal é que além do amor haja géneros <u>diferentes</u> no <u>pai</u> e mãe”.</p> <p>c) “Porque acho que há uma <u>complementaridade</u> entre géneros diferentes que não há entre duas mulheres e dois homens”.</p> <p>d) “Esta ideia de que a união de um <u>homem</u> e de uma mulher se justifica para procriar ainda está muito nas cabeças das pessoas”.</p> <p>e) “Agora, a criança também pode questionar aquilo que eu lhe disse: 'porque é que os outros têm um <u>pai</u> e uma mãe e eu não tenho?’”.</p> <p>f) “Portanto, será a conceção dominante de <u>família</u>. É o modelo <u>conservador</u> da <u>família</u>”.</p> <p>g) “Permitir ou não que as senhoras possam recorrer à procriação assistida já não tem muito a ver com os tribunais, porque nós só intervimos depois, numa fase posterior, quando há um bebé, quando há uma situação de perigo, ou quando não se sabe quem é o <u>pai</u> e, então, tem que se investigar”.</p> <p>h) “Eu acho que o papel do <u>pai</u> e o papel da mãe [...] é sempre importante para uma criança, para ter uma referência <u>masculina</u>, uma referência feminina, e os papéis estarem, digamos assim, distribuídos a um e a outro na forma como se educa essa criança”.</p> <p>i) “Mas a verdade é que há características que se complementam, acho que há <u>complementaridade</u>, e o crescer com essa <u>complementaridade</u> é que poderá, de alguma forma, ser mais útil para uma criança, para esse sadio e são desenvolvimento”.</p>	<p>Médicos (a, b, c)</p> <p>Juízes (d, e, f, g, h, i)</p>
---------------	---	---	---

Anexo 5. Proposições-chave que estruturam o argumento de que a maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes

Argumento central	Proposições-chave	Adjetivos-síntese	Grupo profissional
A maternidade deve resultar de uma relação de complementaridade entre indivíduos de sexos diferentes	“[...] se fosse acrescentar fatores demasiado <u>liberais</u> à utilização das técnicas de procriação medicamente assistida, algumas coisas poderiam ser postas em causa, nomeadamente, coisas essenciais, portanto, não se poderia pôr em causa o essencial para resolver problemas <u>acessórios</u> , digamos assim”.	Liberal Acessória	Médicos
	“Mas é algo que, à partida, é <u>perturbador</u> ”. “Olhe, é a primeira vez que eu falo nisso e é algo que também me <u>perturba</u> ajudar a conceber uma criança que, à partida, não tem pai [...]”.	Perturbadora	Médicos
	“Quer dizer, haverá situações de caráter <u>excecional</u> em que poderá ser aceitável uma situação como essa, porventura”. “ <u>Nessas circunstâncias</u> , eu penso que para dar azo ou dar oportunidade a um instinto procriativo, aí a situação da adoção terá um cabimento maior, porque na adoção a criança já existe e, de facto, poderá ser a resolução de um problema individual e de um problema social”.	Excecional	Médicos
	“No casal de lésbicas, eu penso que a relação é uma relação que, obviamente, tenho que respeitar, mas [...] é algo mais <u>contranatura</u> do que a educação de uma criança apenas por uma mulher”.	Contranatura	Médicos
	“Conceber, de novo, uma criança no âmbito dessas situações é algo, de facto, muito <u>problemático</u> , para o qual eu tenho muitas dúvidas”	Problemática	Médicos
	“Portanto, não pode ser o <u>capricho</u> , não pode ser opção, tem que haver uma patologia, das mais distintas”.	Caprichosa	Médicos
	a) “[...] muitas vezes, as mulheres lésbicas e, pronto, os casais homossexuais masculinos, aquilo que os preocupa é a satisfação do <u>seu</u> bem-estar, dos seus objetivos e daquilo que apregoam como os <u>seus</u> direitos, sem pensarem, se calhar, tanto quanto deveriam, no bem-estar da criança que pretendem criar [...]”. b) “Não pensem só naquilo que é a satisfação do <u>vosso</u> bem-estar e a satisfação e a concretização dos <u>vossos</u> projetos”. c) “Bom, depois, naturalmente, os contextos sociais, culturais também são um bocadinho distintos, mas, portanto, aquilo que eu tento sempre é alertar as pessoas de que mais importante do que o seu bem-estar e a concretização dos <u>seus</u> sonhos é, efetivamente, pensar no bem-estar da criança”. d) “O enfoque não pode estar no adotante, no progenitor, no futuro progenitor, mas sim naquela criança, enquanto que na filiação ou procriação medicamente assistida não existe criança nenhuma, portanto, não há interesse nenhum da criança, ainda não existe. Há <u>só</u> o <u>interesse</u> do adulto. O da mãe, no caso, é ser mãe, é ter filhos”. e) “Portanto, é só uma senhora que <u>quer ser</u> mãe, pronto, e vai sê-lo através da procriação medicamente assistida”.	Egocêntrica	Médicos (a, b, c) Juízes (d, e)
	“Não sei, neste momento, tenho as minhas <u>dúvidas</u> que a sociedade esteja tão aberta, tão preparada para lidar com a situação como seria	Desintegradora	Médicos

	<p>necessário para que, de facto, essas crianças tenham uma vida de <i>integração</i> plena”.</p> <p>“Sabemos, muitas vezes, que em sociedades mais conservadoras, mesmo em termos familiares, as famílias, portanto, que são heterossexuais podem não aceitar as características das crianças das famílias homossexuais e isso é que pode levar, de alguma maneira, à <i>não integração</i> plena destas crianças geradas nestas novas famílias, neste novos conceitos de família [...]”.</p>		
	<p>a) “Presumo que seja <i>mais enriquecedor</i> no desenvolvimento espiritual de um ser vivo ter uma referência masculina e feminina em termos da sua estrutura parental e familiar”.</p> <p>b) “Uma mulher percebe o mundo de uma maneira diferente de um homem, e tem uma sensibilidade diferente e uma compreensão diferente do mundo. Um homem e uma mulher não são duas mulheres. Um homem e uma mulher não são dois homens. Pronto. Um homem e uma mulher, para a educação de uma criança, a meu ver, é <i>mais rico</i> do que dois homens ou duas mulheres”</p> <p>c) “Quer dizer, é nessa diferença, é nessa ideia de complementaridade que eu acho que há uma <i>maior riqueza</i>, que poderá haver uma maior riqueza, no sentido de a criança perceber o mundo, e essa riqueza, essa diferença.</p> <p>d) “Para mim, ainda vejo muito a família num termo mais conservador: um homem, uma mulher, uma criança, que é formada com as duas perspectivas, que eu acho que também é muito importante para ter algum <i>equilíbrio</i> em termos de desenvolvimento”.</p>	Empobrecedora	<p>Médicos (a, b)</p> <p>Juízes (c, d)</p>
	<p>“Criar uma criança, sim, <i>só</i> por <i>acidente</i>. Que eu sei que existe. Há muitos homossexuais a adotarem crianças que escondem que vivem com o namorado ou com a namorada”.</p>	Acidental	Médicos
	<p>a) “Oiça, você <i>não</i> me vai dizer que duas mulheres é <i>igual</i> a um homem e uma mulher, ou que dois homens é igual a um homem e uma mulher. Pois. Porque acho que há uma complementaridade entre géneros diferentes que não há entre duas mulheres e dois homens”.</p> <p>b) “Penso que na nossa estrutura antropológica há uma estrutura dual, masculina e feminina, e que <i>não é a mesma coisa</i> ter duas mães ou ter um pai e uma mãe”.</p>	Diferente	<p>Médicos (a, b)</p>
	<p>a) “Não sei mesmo se o interesse das crianças, neste momento – questiono-me –, estará suficientemente acautelado com essa situação, juridicamente tutelada, de uma criança ser filha [...]de dois pais ou duas mães, tendo em conta ainda o <i>estigma</i> que isso iria causar na própria criança”.</p> <p>b) “Agora, a criança também pode questionar aquilo que eu lhe disse: “porque é que os outros têm um pai e uma mãe e eu não tenho?”, ou, então, por exemplo, a criança ser, eventualmente, <i>vítima</i> de <i>bullying</i> na escola por outros miúdos, todo este género de situações, não é?”</p> <p>c) Eu acho que a nossa sociedade é um bocadinho conservadora, tenho algum receio que crianças fora do contexto mais habitual, hoje em dia – pelo menos a nível do nosso país, sabe que os países do sul da Europa são sempre mais conservadores que os do norte –, possam ser fruto de alguma <i>discriminação</i> quando, enfim, criados no seio de uma família sem a funcionalidade e as figuras habituais”.</p> <p>“Preocupa-me mais a exposição da criança no seio dessa família perante o resto da sociedade, porque há, efetivamente, muitas descrições de situações desse foro de <i>discriminação</i>”.</p> <p>“Agora, da <i>aceitação</i> das relações homossexuais até à aceitação de um filho nessas famílias as coisas ainda <i>não são</i> rigorosamente iguais”.</p> <p>“Agora, até que ponto a existência desses afetos entre casais do mesmo sexo faz com que eles possam, de alguma maneira, vir a gerar crianças que tenham condições, na nossa sociedade atual, de serem crianças <i>bem-vindas</i> e bem aceites – pela sociedade, não é pelo núcleo –, é aqui que estão as minhas <i>dúvidas</i>. Continuo a manifestá-las”.</p>	Estigmatizante	<p>Juízes (a, b)</p> <p>Médicos (c)</p>

Anexo 6. Proposições-chave que estruturam o argumento de que a maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual

<i>Argumento central</i>	<i>Proposições-chave</i>	<i>Adjetivos-síntese</i>	<i>Grupo profissional</i>
<i>A maternidade é o exercício de responsabilidades parentais independentemente da orientação sexual</i>	<p>“A mulher, na prática, independentemente da orientação sexual que tenha, seja lésbica ou não seja, pode fazer o que <u>quiser</u> quanto à procriação”.</p> <p>“Por isso é que eu lhe disse, acho que isto, no fundo, deve ser uma decisão de <u>cada pessoa</u>, mas que a deve tomar de forma pensada, que não a deve tomar por modas, ou de ânimo leve [...]”.</p>	Optativa	Juízes
	<p>“Portanto, é assim: no fundo, o que eu acho é que não há volta a dar, perante a constituição que temos, eu acho que tudo o que sejam <u>limitações</u>, de uma forma, ou de outra, isto vai cair em <u>inconstitucionalidades</u>, porque acaba sempre por ser reconduzível a uma discriminação em função da orientação sexual”.</p> <p>“Lembra-se que eu já lhe falei antes que depois tinham que se ver as questões das <u>inconstitucionalidades</u>, não era? E das discriminações em função da orientação sexual. Pronto, aí está outro problema”.</p> <p>“[...] aquele subsidiário – lá voltamos atrás – tem que ser entendido no sentido de que, efetivamente, deve ser permitido a casais de duas mulheres recorrerem à procriação medicamente assistida para engravidar. Parece-me que, de outra forma, ilegal será de certeza – para mim –, <u>inconstitucional</u>, muito provavelmente”.</p>	Constitucional	Juízes
	<p>a) “Agora, é assim: hoje em dia já que é permitido o <u>casamento</u> entre homossexuais, provavelmente não sei porque não a procriação medicamente assistida para apoiar os casais homossexuais que querem procriar, não é?”.</p> <p>b) “Visto que o <u>casamento</u> homossexual até é legal”.</p> <p>c) “Parece-me que não há razão nenhuma para evitar que duas mulheres, que são <u>casadas</u> entre si, não possam ter um filho, não possam engravidar”.</p>	Tradicionalizada	Médicos (a, b) Juízes (c)
	<p>“Porque, ao fim e ao cabo, as lésbicas e os gays, portanto, os homossexuais masculinos, <u>também têm</u> o <u>desejo</u> de ter filhos, só não querem é procurar alcançar essa finalidade através da forma que a natureza desenvolveu para isso, que é o relacionamento heterossexual”.</p>	Alternativa	Juízes